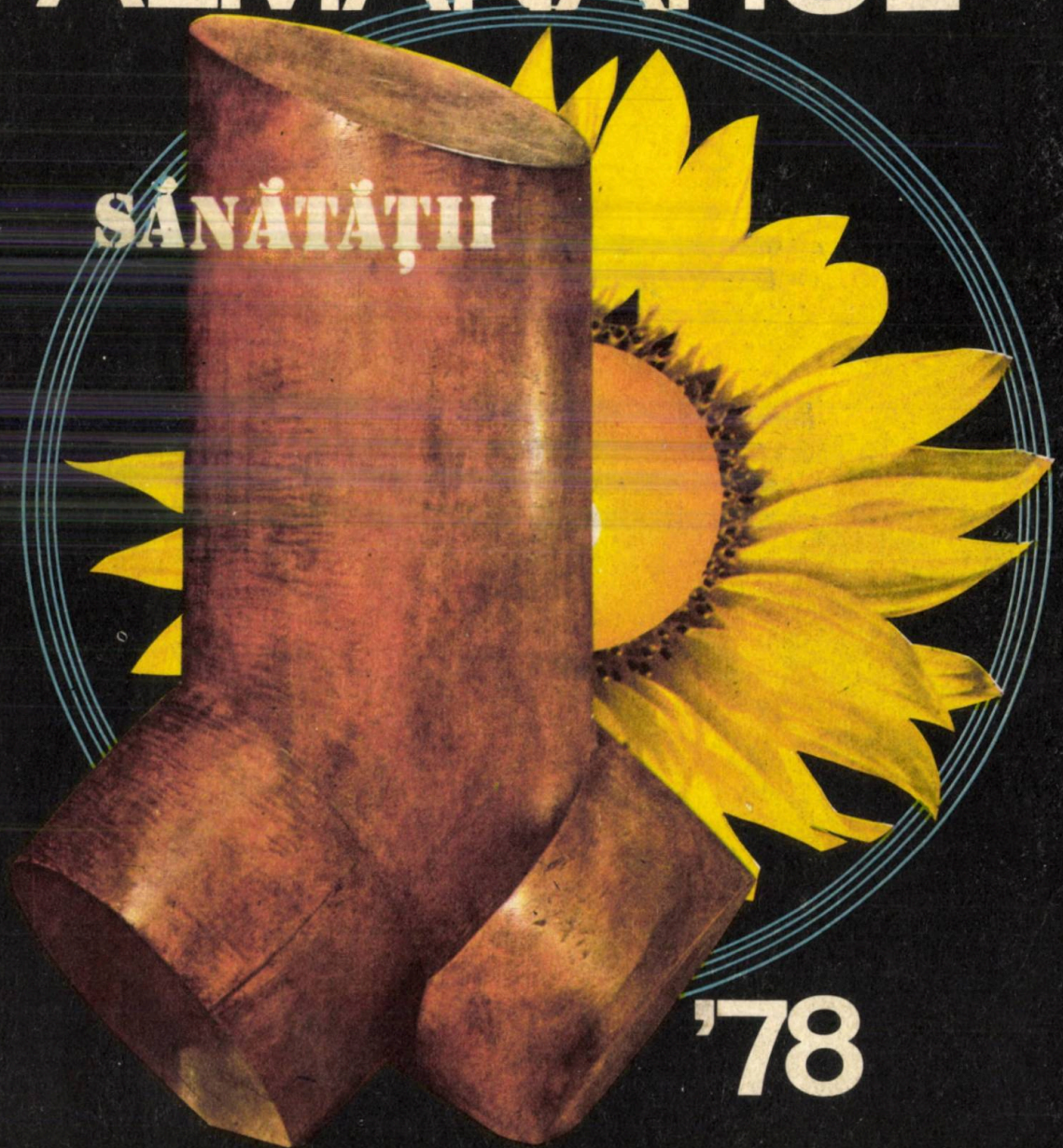
I 11060

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII



'78

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII • 1978

1111 2005

Redactor
LUCIA GHEORGHIU

Tehnoredactor **VIOLANDA LEORDEANU**

Secretar de redacție **FLOAREA NIȚĂ**

Grafician **I. MINOIU**

AU COLABORAT:

Dr. N. ANDREI, conf. dr. GH. BADIU, ȘT. BALACI, conf. dr. M. BARNEA, C.I. BERCUS. dr. F. BOERAȘ, dr. GH. BRĂTESCU, dr. GH. BUCUR, dr. doc. L. BULIGESCU, dr. I. CÂMPEAN, conf. dr. doc. HENRIETTE CIORTOLOMAN, ANDREI CIURUNGA, prof. dr. doc. I. CHIRICUȚĂ, dr. A. CONDURACHE, conf. dr. G.N. CONSTANTINESCU, dr. M. ST. CONSTANTINESCU, dr. P. CORTEZ, farm. LUDMILA COSMOVICI, dr. N. CRÂNGULESCU, dr. N. CRIȘAN, dr. A. DOGARIU, dr. D. DRĂGHICI, dr. AL. DUMINICĂ, dr. V. FILIP, dr. D. FIRICĂ, dr. GH. M. GHEORGHE, conf. dr. doc. B. GHEORGHESCU, LUCIA GHEORGHIU, dr. I. GHERMAN, dr. I. GLĂVAN, GH. GROSU, DOBRIȚA IANCU, ILIE IANCU, CR. IONESCU, dr. T. IONESCU, dr. I. JOCU, TH. MARICARU, D.C. MAZILU, prof. dr. doc. V. MAXIMILIAN, prof. dr. doc. A. MIHAIL, acad. ȘT. MILCU, dr. VIORICA MILICESCU, dr. AL. MINCU, prof. dr. doc. I. MINCU, I. MUNTEANU, conf. dr. R. NESTOR, dr. C.D. OLINICI, dr. R. OZUN, prof. dr. I. PANĂ, ȘARI PENCIU, conf. dr. V. PETRESCU-COMAN, V.D. POPA, CATEN POPESCU, dr. EM. POPESCU, dr. O. POPESCU, prof. dr. doc. VAL. POPESCU, dr. C. POPOVICI, FLORICA RADU, farm. D. RĂDUCANU, prof. dr. doc. EM. REPCIUC, dr. N. ROBĂNESCU, dr. G. RUSSO, dr. D. SDROBICI, dr. G. SIMU, dr. MARIETA STOICESCU, ILEANA ȘERBĂNESCU, dr. MARGARETA ȘTEFAN, GABRIEL TEODORESCU, dr. I. ȚUGUI, dr. V. VEVERA, I. VLADIMIR, I. VULPESCU, GH. ZARAFU.

I 11060

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

DEC. 2014

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 78
ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 78
ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 78
ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 78
ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 78
ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 78

2022

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII '78

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 78
ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 78
ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 78
ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 78
ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 78
ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 78

Editura medicală — București, 1978

28424.

Editorial

Realizări și perspective în OCROTIREA SĂNĂTĂȚII

La sfîrșitul unui an, cînd timpul se scurge grăbit în anunțurile îndeplinirii sarcinilor de plan, al bilanțurilor și proiectelor de viitor regăsim firesc răspunsul la întrebarea: ce am realizat în aceste 360 de zile?

Bilanțul îndeplinirii hotărîrilor Congresului al XI-lea al partidului îl va face Conferința Națională a Partidului Comunist Român, eveniment politic de maximă însemnătate pentru mersul nostru ferm înainte. Așa cum arăta secretarul general al partidului, tovarășul **Nicolae Ceaușescu,** la Consfătuirea de lucru cu activiștii și cadrele din domeniul educației politice, al propagandei și ideologiei, se poate aprecia încă de pe acum că s-au obținut mari realizări în toate domeniile vieții noastre economico-sociale, ceea ce demonstrează justețea politicii marxist-leniniste a partidului, adeziunea deplină a maselor largi de oameni ai muncii, hotărîrea lor de a depune toate eforturile pentru edificarea societății socialiste multilateral dezvoltate.

Succeselor din domeniul industriei, agriculturii, construcțiilor li se alătură ceea ce am durat profund și trainic în conștiințe: solidaritate, civism, unitate de monolit în jurul partidului.

Pentru că 1977 nu înseamnă și nu va însemna numai abnegație și dăruire în muncă, cărămizi și schele, ci și o dovadă elocventă de civism socialist într-unul din cele mai dramatice momente ale acestor ani. După martie 1977, noi știm cu adevărat ce înseamnă solidaritate, umanism, grijă față de om, de viața, sănătatea și bunăstarea sa.

Din perspectiva acestor realizări și a exigențelor noastre mereu mai mari privim spre anul viitor cu convingerea că avem de îndeplinit sarcini și mai măreț. Aceeași exigență caracterizează și perfecționarea muncii în domeniul asistenței medicale a populației în direcțiile formulate de către Hotărîrea Comitetului Politic Executiv din 13 septembrie 1977, pentru ca medicina să răspundă pe deplin cerințelor și exigențelor etapei actuale, să se ridice la înălțimea marilor eforturi financiare, făcute de statul nostru, asigurîndu-i o importantă bază materială.

la 187

Într-adevăr, profundele prefaceri revoluționare din ultimele trei decenii au înscris o pagină nouă și în domeniul ocrotirii sănătății publice. Parte componentă a politicii profund umaniste a partidului și statului nostru, grija față de sănătatea tuturor oamenilor muncii, fără deosebire de naționalitate, este evidențiată, materializîndu-se printr-un întreg ansamblu de investiții, care au permis obținerea unor realizări deosebit de importante.

Alături de dreptul la muncă, de largul acces la comorile științei și culturii, dreptul la asistența medicală reprezintă un indicator elocvent al condiției umane în societatea socialistă. În baza lui, fiecare om al muncii poate primi oricînd și în orice condiții asistență, îngrijiri medicale în spitale sau policlinici.

Editorial

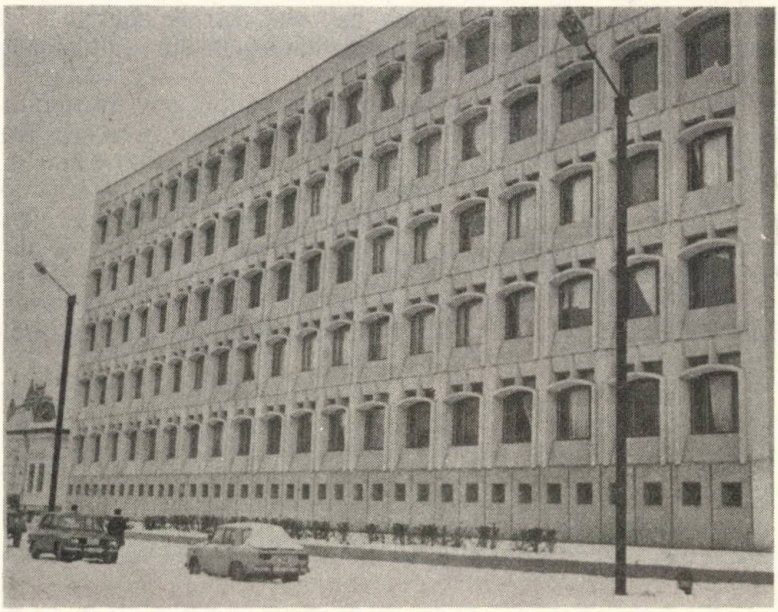
Formularea «ocrotirea sănătății este în România o politică de stat» nu înseamnă o simplă declarație, ci o întreagă gamă de măsuri financiare și tehnico-economice. Sînt concludente, în acest sens, marile investiții care

Policlinica Titan, una din unitățile sanitare care au îmbogățit baza materială a ocrotirii sănătății din capitală.

cunosc an de an o curbă mereu ascendentă. Nu vom raporta toate aceste realizări la situația existentă în anul 1938, anul «de vîrf» al unui regim de dureroasă amintire, în care exploatarea omului de către om și «tradiționalele drepturi» la șomaj, mizerie și foame se traduceau în limbajul medical prin boli endemice, prin malarie (200 000 de îmbolnăviri anual), febră recurentă, tifos exantematic, trahom, ca și printr-o mortalitate infantilă deosebit de crescută. Dar, pentru a avea o imagine a ceea ce înseamnă azi investiția pentru sănătate, vom arăta că în 1950 fondurile alocate de la bugetul statului pentru ocrotirea sănătății însumau 644,5 milioane lei. Un sfert de secol mai tîrziu, în 1974, alocațiile bugetare se ridicau la 9,3 miliarde lei, adică de 14 ori mai mult decît în 1950, iar cheltuielile ce reveneau pentru sănătate pe cap de locuitor au crescut de la 40 lei la 440 lei.

Editorial

Dar în dinamica societății socialiste, investițiile statului în domeniul ocrotirii sănătății sporesc necontenit, ceea ce va permite construirea unui important număr de obiective sanitare moderne, de înaltă eficiență, precum și dotarea celor existente cu mijloace perfecționate de diagnostic și tratament. În prezent, funcționează peste 5 300 de dispensare medicale, dintre care 3 000 în mediul rural, dispunînd de personal de specialitate și fiind dotate cu întreaga aparatură medicală necesară. La orașe, asistența medicală de



Noua clădire a I.M.F. Iași, a cărei dotare asigură desfășurarea învățămîntului medical în condiții optime.

specialitate se asigură azi prin 400 de policlinici, față de 37 în perioada antebelică. Și asistența spitalicească a cunoscut același proces înnoitor. În toate județele țării s-au construit spitale noi, de mare capacitate — adevărate modele spitalicești. Ca urmare a acestor construcții, în ritm fără precedent, sînt date în prezent în folosință 198 000 de paturi, cifră deosebit de semnificativă, dacă ne gîndim la faptul că numai cu trei ani în urmă, în 1974, numărul paturilor din spitale era cu 12 000 mai mic.

De o atenție deosebită se bucură și pregătirea profesională a personalului medico-sanitar. În institute de medicină și farmacie, în școli sanitare de toate profilurile, în spitale și centre de cercetări, medicii, stomatologii, farmaciștii și cadrele medii sanitare se pregătesc să răspundă celor mai înalte exigențe, să fie gata oricînd să contribuie la acordarea unei asistențe medicale de calitate, la nivelul celor mai importante realizări contemporane. 35 000 de medici și stomatologi, 5 100 de farmaciști și peste zeci de mii de cadre medii sanitare — aceasta este armata oamenilor în alb, gata oricînd să lupte pentru apărarea sănătății. Lor li se adaugă zecile de mii de membri ai posturilor de prim-ajutor și formațiunile Crucii Roșii, care sprijină cadrele medico-sanitare în acțiunile preventive sau educative.

Obiectivele de viitor, așa cum au fost formulate recent de către secretarul general al partidului, tovarășul **Nicolae Ceaușescu,** sînt: apropierea asistenței sanitare de locul de muncă și de viață al populației, atenția specială acordată ocrotirii sănătății mamei, copilului și tineretului, dezvoltarea medicinii profilactice, grija pentru o alimentație rațională, pentru igienă și comportament responsabil față de sănătatea individuală și colectivă și, mai presus de toate, o înaltă dăruire umană și profesională. Sînt direcții prioritare, care vor marca calea de perfecționare a medicinii românești, înscrise plenar pe linia înfăptuirii politicii sanitare a partidului și statului nostru, a îndeplinirii sarcinilor deosebit de importante ce-i sînt trasate acestui sector prin Programul partidului de construire a societății socialiste multilateral dezvoltate și înaintării spre comunism.

La sfîrșitul unui an atît de bogat în semnificații, cînd se împlinesc trei decenii de existență a Republicii, privim cu optimism în viitor. Ne bazăm optimismul pe temeiul realizărilor de pînă acum, al forței unite a întregii națiuni în construcția celei mai drepte societăți pe pămîntul României. Umanismul tradițional al poporului român, îmbogățit de noile valențe ale umanismului socialist, stă la temelia realizărilor viitoare. Așa cum au dovedit în martie 1977, cadrele medico-sanitare se vor angaja ca și pe viitor să răspundă cerințelor și exigențelor partidului și statului nostru. Pentru armata albă «umanism» înseamnă aici și acum înaltă competență, promptitudine, eficiență, dar și solicitudine și dăruire totală.

Editorial

MEDIC: OM ŞI CETĂŢEAN

De-a lungul profesiunii sale şi în toate timpurile, medicului i s-a impus să-şi respecte jurămîntul şi să dea dovadă în orice clipă de înalte virtuţi etice şi morale, să păstreze şi să valorifice aceste virtuţi. În procesul greu şi îndelungat de înnoire a societăţii, practica medicală a cunoscut şi ea numeroase şi radicale schimbări. Dialectica acestei dezvoltări a dus şi duce implacabil la afirmarea şi victoria noului, a impus şi impune transformarea şi perfecţionarea omului în raport direct cu interesele fundamentale şi progresul neîntrerupt al societăţii.

Conducerea nemijlocită de către partid a operei de construire a noii societăţi reprezintă cheia fundamentală şi explicaţia marilor progrese ale prezentului şi realizării obiectivelor de viitor. Aşa cum era şi normal, în acest proces complex au apărut şi apar noi probleme, care cer noi strategii şi tactici, adaptate etapei, imperativului de perfecţionare în toate domeniile. Raportul dintre politic şi etic s-a cristalizat într-un tot, astfel încît toate acţiunile politice — prin scopul şi deplina lor finalizare — au avut şi au un caracter profund uman şi moral, şi se regăsesc în realizarea bunăstării şi fericirii întregii noastre naţiuni. Prin aspectul său deosebit de complex şi care se realizează în timp, procesul de făurire a societăţii socialiste multilateral dezvoltate cere, în primul rînd, formarea unui om de tip nou, cu trăsături etice şi morale superioare. Documentele de importanţă deosebită adoptate de Congresul al XI-lea, de plenarele partidului, au evidenţiat preocuparea crescîndă a conducerii partidului pentru această latură, ca una dintre componentele esenţiale ale programului partidului nostru de dezvoltare şi înflorire continuă a societăţii româneşti.

Sectorului sanitar îi revin importante sarcini în această operă uriaşă organizată şi condusă de partid. Acestea se regăsesc în obiectivele stabilite, în programele de sănătate adoptate.

Prin poziţia lor socială, prin capacitatea de înrîurire pe care o au medicii faţă de populaţie, prin atitudinea şi exemplul lor mereu bun, medicii au şi trebuie să aibă un rol din ce în ce mai activ în procesul de perfecţionare a conştiinţei socialiste, au şi vor avea întotdeauna obligaţia morală să-şi aducă o contribuţie crescută la făurirea unei generaţii de oameni sănătoşi, fizic şi moral, devotaţi din adîncul fiinţei lor partidului şi patriei noastre socialiste.

Angajîndu-se şi pregătindu-se pentru această înaltă, unică, şi nobilă menire, primind dreptul de a trata şi vindeca, îmbrăcînd halatul alb, medicul semnează practic cu societatea un contract pentru toată viaţa şi din momentul investiturii sale şi pînă în cea din urmă clipă, el aparţine societăţii. Iată cum, pentru purtătorul halatului alb, imaculat, devine o datorie de onoare şi numai de el depinde ca sarcina cu care este investit să fie definitiv pusă în slujba sănătăţii omului, pentru viaţă, în numele demnităţii, al obligaţiilor pe care acesta le are faţă de societate, faţă de propria-i conştiinţă.

Medicina — se ştie bine — s-a născut odată cu omul şi desigur că ea va dăinui atîta timp cît va exista omul. Pe tot parcursul vieţii, individul este în permanenţă confruntat cu mediul în care trăieşte şi munceşte. Tot de el însă depinde subordonarea, dominarea şi, în ultimă in-

stantă, anihilarea tuturor factorilor de risc și nocivi ai mediului înconjurător. Scurtarea vieții se datorește de cele mai multe ori neglijenței, nerespectării întocmai a măsurilor care sînt destinate să prevină boala.

Omul societății noastre este sub grija permanentă și atentă a medicului, a întregului personal sanitar. Practic, viața, munca și destinul medicului, al medicinii, au devenit însuși destinul societății noastre socialiste, cauza ei. Este un adevăr care cuprinde în marea lui intimitate o uriașă răspundere. Politica partidului și statului nostru dă un sens cu totul deosebit rolului pe care îl are medicul în viața de toate zilele, cum acesta se preocupă, zi de zi, ca omul în halat alb — zbuciumat și mereu în stare de alarmă — să fie cît mai iubit de semeni și util pe plan social, veghează ca acesta să-și poată afirma întreaga sa capacitate, să se desăvîrșească în viață și muncă.

Editorial

A existat și poate mai există tendința să se exagereze calitățile proprii ale omului ca medic sau să se diminueze însușirile medicului ca om. Medicul — om ca toți oamenii — este supus și răspunde și el acelorași legi care reglementează și guvernează societatea noastră, legi pe care trebuie să le respecte toți cetățenii. Aceste legi scrise sau nescrise dau un sens vieții, creează bucurii tot mai mari oamenilor. Desigur că în cazul medicului, lucrurile au o altă înfățișare și mai ales se schimbă pentru că responsabilitatea medicului este singulară, medicul fiind de fapt unica persoană pe care societatea o autorizează să trateze și să vindece. Omul suferind caută întotdeauna pe medic și în el își pune toată nădejdea, toate speranțele lui de viață și sănătate. Medicul — acesta este destinul lui — trăiește drama fiecărui bolnav, zbuciumul zilelor de luptă cu boala, dar și măreția clipelor cînd lupta este cîștigată definitiv.

Răspunderea medicului începe odată cu viața și nu se termină decît odată cu ea. Dificultățile sisifiene ale profesiunii medicale sînt mari; riscurile sînt și mai mari. Răspunderea este totală, iar satisfacția morală de a fi de folos celui suferind devine și rămîne suprema bucurie pe care o trăiește medicul.

Invocînd marea operă a savantului ca motiv de reflecție pentru viață și poziția medicului, se spunea despre Pablo Picasso că prin pictura sa a deschis burta naturii și din neglijență nu a mai cusut-o la loc. Din această cauză organele descoperite au fost lăsate în văzul lumii. Este un fel de a spune, un fel de a implica în actul moral al medicului pe celebrul artist, care în mod genial a biciuit o societate în profundă degradare morală. Fără îndoială că omul este cea mai complexă ființă de pe Terra și din cauza aceasta medicul este obligat să aibă grijă de om. Cîndva Hamburger își punea o cutremurătoare întrebare: «Există oare vreun medic care să se fi sustras acestui fel de neliniște și de surprindere care ia naștere din sentimentul zilnic că viața se află atît de aproape de moarte? Poate că nu» — a răspuns savantul. Prezența morții însoțește ca o umbră apăsătoare profesiunea medicală, dar ea nu constituie o sursă de descurajare; din contră, ea reprezintă forța care împinge pe medic la acte de eroism, să îndepărteze și să întîrzie această prezență, acest sentiment că moartea este aproape. Cei care înțeleg acest lucru înțeleg pe deplin supremația vieții asupra morții, a binelui asupra răului, trăiesc senzația împlinirii lor sociale și individuale.

Trăim într-o epocă de adînci transformări și în care ravagiile unor boli au născut și nasc temeri justificate. Cataclismele și catastrofele nu au făcut atîtea ravagii umane și materiale cît fac aceste boli. Știința și tehnica modernă sînt tot mai mult folosite de statele capitaliste în realizarea unor mijloace de distrugere în masă. Politica externă a statului nostru este tot mai activă și s-a impus în lume, tocmai pentru că acționează ferm și împotriva acestui pericol pe care-l reprezintă înarmarea. Se acumulează arme de distrugere în masă și se întreprind mai pu-

ține măsuri pentru binele omenirii. Spiritul conferinței de la Helsinki, continuat apoi la Belgrad, în care și-a găsit confirmarea deplină politica noastră externă, trebuie respectat în numele ființei umane, în numele celor care se nasc și celor care se vor naște, în numele omului care trebuie să aibă cît mai multe bucurii, planeta oferind omului suficiente și inepuizabile posibilități de viață și fericire. Modul în care acționează conducerea partidului și statului nostru constituie, pentru toate cadrele medico-sanitare, o permanentă sursă de avînt și devotament în muncă, de perfecționare continuă, un motiv în plus de a susține în întregime această politică științifică și înțeleaptă, care slujește fără egal interesele fundamentale ale omului, ale sănătății lui fizice, psihice și sociale.

Editorial

Seismul din seara zilei de 4 martie 1977 ne-a zguduit, a provocat mari pagube materiale și a dus la pierderea multor vieți omenești. În lupta crîncenă care s-a dat atunci cu urmările catastrofei de întregul popor, sub conducerea eroică a partidului, personalul sanitar și-a depășit condiția sa socială, a demonstrat capacitatea sa de dăruire și devotament nemărginit față de patrie și popor. «O apreciere deosebită dăm comportării minunate a medicilor, a întregului personal sanitar —spunea tovarășul Nicolae Ceaușescu —care, în luptă cu moartea și cu suferința, au făcut adevărate minuni, salvînd nenumărate vieți omenești, stînd neclintiți zile și nopți la patul bolnavilor, înconjurîndu-i cu căldură și solicitudine, dovedindu-și atît înalta pregătire profesională, cît și spiritul de dăruire umanitar, faptul că ei pot să-și îndeplinească în bune condiții îndatoririle față de popor». Aceste aprecieri făcute în clipe grele, în afară de faptul că reprezintă o mare onoare, obligă întregul personal sanitar să-și perfecționeze continuu activitatea consacrată păstrării sănătății populației. Faptul că nu s-a produs nici o epidemie în acea perioadă cumplită și că prin devotamentul medicilor s-a realizat îmbunătățirea tuturor indicatorilor de sănătate, a demonstrat, cu adîncă convingere, că avem mari resurse pentru ca toți medicii, întregul personal, să-și aducă în măsură și mai hotărîtoare contribuția la ocrotirea sănătății.

Este desigur lesne de înțeles acum că aceste realizări și aceste perspective în domeniul ocrotirii sănătății au avut și au la bază buna pregătire a medicilor noștri, puterea lor de dăruire și sacrificiu, trăsături esențiale ale întregului nostru popor.

Documentele aprobate de cel de-al XI-lea Congres al Partidului prevăd sarcini tot mai importante în domeniul ocrotirii sănătății. În afară de perfecționarea continuă a asistenței medicale, un deosebit loc îl ocupă promovarea unor acțiuni profilactice pe scară națională, menite să contribuie la bunăstarea și sănătatea poporului nostru.

Sînt bine cunoscute grija și atenția partidului și statului nostru pentru dezvoltarea bazei materiale, pentru perfecționarea permanentă a ocrotirii sănătății. 21% din bugetul țării este îndreptat spre acțiunile social-culturale, iar 20% (o cincime) din acesta revine asistenței medicale. Numai în 1977 statul nostru a alocat pentru ocrotirea sănătății peste 12 miliarde lei, față de 644 milioane lei în 1950. Cele aproape 200 000 paturi de asistență medicală reprezintă o creștere de aproape trei ori față de nivelul anului 1950. Numărul personalului sanitar cu studii superioare, medici și farmaciști —peste 35 000 medici și circa 5 000 farmaciști —și aproape 130 000 cadre medii sanitare nu mai poate fi practic comparat cu cifrele foarte scăzute din trecut. Toată această bază materială și de cadre și-a spus cuvîntul în obținerea unor rezultate superioare, a unor indicatori de eficiență crescuți, în ridicarea generală a stării de sănătate a populației și în creșterea speranței de viață de la 42 de ani, cît era în 1938, la aproape 70 de ani în prezent.

Pe acest fundal, activitatea medicală se desfășoară în condiții tot mai bune, de răspundere și devotament crescute, ea se perfecționează continuu, iar angajarea personalului sanitar pentru slujirea sănătății poporului a devenit totală.

Societatea capitalistă — așa cum bine se știe — lasă «dreptul» omului să se îmbolnăvească și «dreptul» să se trateze. Ea nu se «amestecă» în aceste treburi zise personale. În timp ce aceste drepturi sînt foarte mult trîmbițate, societatea rămîne nepăsătoare la posibilitățile pe care le are omul de a-și apăra sănătatea, de a-și trata boala. Acolo costul prestațiilor medicale crește vertiginos, iar aceste costuri se pun, fără jenă, pe seama faptului că nivelul tehnic al asistenței medicale crește. Este un adevăr fictiv, o minciună cu implicații grave pentru ființa umană, invocîndu-se știința și tehnica avansate în creșterea vertiginoasă a costurilor asistenței medicale.

Editorial

În contrast cu toate acestea, statul nostru nu numai că și-a asumat răspunderea și apără sănătatea oamenilor, dar și-a asumat și sarcina de a-l trata pe om, și toate măsurile care se iau au în vedere apărarea și menținerea unei bune stări de sănătate pentru toți cetățenii patriei.

Marile răspunderi care revin personalului sanitar, medicinii, toată activitatea și acțiunile organizate pe linia sănătății, vizează prevenirea bolilor, înlăturarea factorilor de risc care produc boala, combaterea tuturor afecțiunilor cu largă răspîndire în masă, combaterea eficientă a bolilor transmisibile. Unele programe pe termen lung — adoptate recent — pentru prevenirea și combaterea unor boli, cum sînt cele cardiovasculare, oncologice, psihice și altele, mobilizează activ forța și conștiința întregului personal sanitar, tocmai în ideea generoasă ca toți oamenii muncii din țara noastră să-și poată dedica întreaga lor capacitate propășirii țării, iar copiii și tinerii să se poată dezvolta, sa poată crește și învăța în liniște și bucurie, să se pregătească temeinic pentru ziua de mîine.

Așa după cum se știe, frecvența și gravitatea unor boli creează îngrijorare. În toată lumea cancerul este în creștere, bolile cardiovasculare fac ravagii și ating tot mai mult vîrstele tinere. Drogurile, tutunul, alcoolul, accidentele de circulație produc mult mai multe victime astăzi decît toate pustiitoarele războaie din trecut. Mai mult decît atît, în lumea capitalistă persoanele vîrstnice sînt din ce în ce mai mult victime ale abuzurilor inadmisibile ale așa-zisei tehnici avansate în precizarea diagnosticului, precum și ale îngrijirilor medicale, bineînțeles, foarte savante și scumpe. Imperiul medical și medicul au devenit acolo robii industriei diagnosticului și terapeuticii și din nefericire toate împreună au devenit și tind să devină mai curînd o amenințare decît un aport pentru sănătate. Societatea capitalistă se preocupă însă nu de promovarea sănătății, ci de procurarea unui fabulos arsenal de tratamente de care nu vor putea beneficia, desigur, decît foarte puțini, din cauza costului foarte ridicat al prestațiilor medicale. Din această cauză, lipsa de atenție — de bună seamă făcută cu intenție — face ca prin tehnicizarea terapeuticii să apară unele riscuri prin producerea unor efecte secundare neprevăzute.

Iată de ce într-o societate ca a noastră medicul se situează pe poziții avansate, și aceasta datorită cuceririlor dobîndite prin truda generațiilor și conferite de rezultatele unei lupte pe care partidul a dus-o timp de decenii, pentru ca cei ce muncesc să beneficieze de o viață din ce în ce mai bună. Cuvintele lui Paracelsus că «Medicina nu este numai o știință, ci și o artă. Ea nu are rolul numai de a pregăti pilule și plasture, ci și pe acela de a se preocupa de procesele fundamentale ale vieții, care trebuie cunoscute înainte de a fi călăuzite» își păstrează și azi valoarea. Timpul a probat că destinul medicului în societatea socialistă își are un singur drum și un singur scop, amîndouă încărcate de răspundere. Odată cu preluarea puterii și concomitent cu îndeplinirea marilor obiective stabilite de congresele partidului, personalul sanitar

și-a adus o importantă contribuție pentru apărarea sănătății întregului popor. Medicii trăiesc clipă de clipă drama omului bolnav. Dispariția oricărui individ sărăcește întreaga umanitate sau cum spunea un poet «Nu oameni, ci lumi mor».

Pătrunderea fenomenelor intime ale proceselor care produc sau mențin boala, cercetarea și căutarea de noi căi pentru o mai bună sănătate, au devenit la noi preocupări fundamentale. În România, cercetarea viitorului, inclusiv pe plan medical, se exprimă prin decizii politice. Aceasta se concretizează prin elaborarea și efectuarea de planuri și în acumularea de rezultate. După cum se știe sîntem printre primele țări din lume în care s-au elaborat programe decenale și schițe de dezvoltări pînă în 1995—2000. La noi — cum spunea sociologul și scriitorul M. Malița — mentalitatea termenului «lung» a fost și este cultivată în toate acțiunile de edificare a socialismului. Așa se explică și succesele mari obținute în dezvoltarea țării, în știință și cultură, în ocrotirea sănătății, în bunăstarea omului.

Editorial

Este de la sine înțeles că ambițiile și aspirațiile spre și mai bine sporesc și devin preocuparea de căpătîi a oricărui om, ca an de an el să trăiască mai bine, să muncească mai bine și să fie sănătos. Iată de ce în etapa actuală, sectorului sanitar, fiecărui medic în parte, îi revin sarcini și răspunderi sporite față de creșterea calității actului medical. Asigurarea unei asistențe medicale de înaltă calitate tuturor oamenilor este acum o chestiune de prim ordin și sarcina noastră fundamentală. Creșterea accesibilității omului bolnav la acordarea de îngrijiri medicale, la primul semn de boală, a devenit pentru noi toți o preocupare esențială, o îndatorire cu sens unic.

Înlăturarea unor dispersări existente și ineficiente și organizarea unei rețele sanitare apte să asigure o asistență medicală de calitate, reorganizarea unităților sanitare pe baza principiului teritorializării și ierarhizării sînt în plină desfășurare. Fiecare unitate, pe baza acestui concept, indiferent de mărimea ei, trebuie să asigure asistența medicală pe un anumit teritoriu. Se pune un mare accent pe perfecționarea asistenței medicale în ambulatoriu, de fapt în toate unitățile ambulatorii (dispensare, policlinici), unde trebuie să îndreptăm tot mai multe forțe medicale. Accesibilitatea trebuie înțeleasă și ca o măsură preventivă, pentru că bolnavul trebuie consultat cît mai repede și urmărit pînă la completa lui vindecare și recuperare. Fără îndoială că scopul final al tuturor acțiunilor și măsurilor care se iau în sectorul sanitar au ca scop realizarea integrală a obiectivelor care revin ocrotirii sănătății în această etapă.

Importante sarcini și atribuții revin cadrelor medico-sanitare privind utilizarea rațională a fondurilor alocate ocrotirii sănătății. Accentul deosebit pe care-l punem pe folosirea tot mai rațională a bazei materiale și a cadrelor, pe creșterea calității și randamentului muncii întregului personal medico-sanitar, constituie la ora actuală preocuparea noastră de bază.

Trăim într-o epocă în care medicamentul nu mai poate fi principalul factor de însănătoșire. Viața cumpătată și activă, alimentația rațională, utilizarea largă a factorilor naturali de cură, mișcarea în aer liber, sportul, turismul au reprezentat și reprezintă principalele și inepuizabilele resurse de însănătoșire sau — mai bine zis — mijloacele prin care se împiedică apariția bolii, prin care se stimulează creșterea rezistenței organismului față de boală. Din fericire țara noastră dispune de mari posibilități de tratament prin factori naturali, numeroase stațiuni balneare și climaterice sînt puse la dispoziția tuturor.

Cadrele medico-sanitare trebuie să acorde o tot mai mare atenție supravegherii epidemiologice active a terenului, integrării tuturor programelor și problemelor de sănătate în re-

țeaua medicală de bază. Sîntem obligați să extindem preocupările de medicină și igiena muncii, asupra modului în care trăiește și muncește omul, asupra vieții pe care acesta o duce, adică asupra a tot ce este legat de munca și viața omului care produce bunurile materiale ale societății. Medicul de întreprindere, și odată cu el tot personalul sanitar, trebuie să desfășoare o activitate predominant preventivă, să cunoască noxele, condițiile deosebite la locurile de muncă, să stăpînească procentul afecțiunilor care se declanșează mai frecvent și să le prevină prin toate mijloacele. Trebuie să acționăm în așa fel încît medicul de întreprindere să facă control preventiv activ, să preîntîmpine predispoziția la îmbolnăvire, să aibă un cuvînt hotărîtor pentru păstrarea sănătății tuturor angajaților.

Sarcinile trasate de conducerea superioară a partidului, de tovarășul Nicolae Ceaușescu, pentru continua îmbunătățire și perfecționare a asistenței medicale constituie pentru Ministerul Sănătății, pentru întregul personal sanitar, legi sacre ale întregii activități. Măsurile întreprinse pe această linie și în special cele de accentuare a acțiunilor de prevenire a bolilor la toate vîrstele și în special în toate colectivitățile și întreprinderile constituie garanția că și incapacitatea temporară de muncă va fi mereu scăzută. Medicul, noi toți cei care lucrăm în domeniul ocrotirii sănătății, sîntem datori să luăm cele mai bune măsuri pentru păstrarea sănătății copiilor, a femeii gravide, să respectăm cu strictețe toate prevederile care reglementează această importantă problemă. Ne găsim în plină desfășurare a aplicării unor măsuri privind depistarea precoce și combaterea hepatitei epidemice, pentru scăderea morbidității prin această boală care, așa cum se știe, nu este încă înfrîntă. Problemele prevenirii, depistării precoce și tratamentului corect, sterilizarea și utilizarea produselor de sînge, reprezintă factori importanți în scăderea îmbolnăvirilor prin hepatită epidemică.

O atenție deosebită vom acorda acțiunilor de prevenire și combatere a bolilor cardiovasculare. Acționăm ferm pentru reducerea cazurilor de scarlatină și de reumatism articular acut, boli care mai dau un număr crescut de îmbolnăviri cardiovasculare. Desigur că toate programele pe care le avem de înfăptuit sînt într-un fel o piatră de încercare pentru sectorul sanitar; ele solicită capacitate și putere de muncă, întreaga noastră conștiință și răspundere. Toate vor fi realizate dacă acțiunile vor fi tot mai bine organizate și la ele va participa în întregime personalul sanitar și va munci în acord deplin cu principiile eticii și echității socialiste.

Pe baza Decretului prezidențial privind integrarea învățămîntului cu cercetarea științifică și practica medicală, s-a creat un foarte bun cadru organizatoric și nu mai este nici o îndoială că utilizarea tuturor cadrelor din învățămînt și cercetare în asistența medicală va constitui un mare pas înainte. Toate cadrele din învățămînt trebuie cuprinse în activitatea de asistență medicală, fără însă să se știrbească cîtuși de puțin din atribuțiile lor de bază, adică instruirea studenților, îndeplinirea sarcinilor de cercetare și învățămînt. Se impune în prezent o orientare perfect adaptată a învățămîntului pentru formarea viitorului medic, capabil să rezolve problemele noului loc de muncă. Același conținut va trebui să se dea învățămîntului postuniversitar, care să fie preocupat continuu de perfecționarea cadrelor pe domenii de specialitate și chiar pe teritorii care pun probleme deosebite de patologie specifică. Cercetarea științifică trebuie să țină și ea seama de nevoile de asistență medicală, de cerințele deosebite ale acesteia.

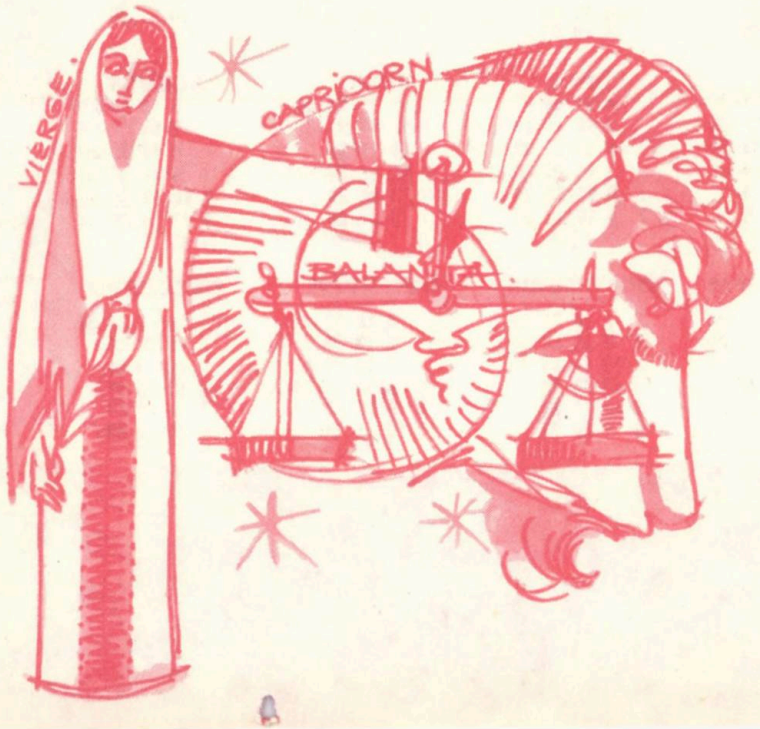
Promovarea și menținerea stării de sănătate este prima și cea mai importantă sarcină a noastră, este de fapt scopul fundamental al întregii noastre activități, rațiunea de a fi a noastră ca medici și ca cetățeni, rațiunea însăși a medicinii. Pentru îndeplinirea, în totalitate, a acestui deziderat, trebuie să ne perfecționăm munca în toate domeniile, să punem în mișcare toate formele educaționale, să facem ca întreaga inteligență și forță medicală să acționeze pe un singur făgaș — sănătatea întregului popor.

Dr. Radu Ozun

Directorul Direcției asistenței medicale

Ministerul Sănătății

FILE DE CALENDAR



1978

IANUARIE

L.	2	9	16	23	30	
M.	3	10	17	24	31	
M.	4	11	18	25		
J.	5	12	19	26		
V.	6	13	20	27		
S.	7	14	21	28		
D.	1	8	15	22	29	

FEBRUARIE

		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1	8	15	22			
2	9	16	23			
3	10	17	24			
4	11	18	25			
5	12	19	26			

MARTIE

		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			

APRILIE

		3	10	17	24	
		4	11	18	25	
		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		

MAI

1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			
7	14	21	28			

IUNIE

		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24			
4	11	18	25			

IULIE

3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			
7	14	21	28			
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		

AUGUST

		7	14	21	28	
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			

SEPTEMBRIE

		4	11	18	25	
		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24			

OCTOMBRIE

	2	9	16	23	30	
	3	10	17	24	31	
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		

NOIEMBRIE

		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24			
4	11	18	25			
5	12	19	26			

DECEMBRIE

		4	11	18	25	
		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		

1979

IANUARIE

1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			
7	14	21	28			

FEBRUARIE

		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1	8	15	22			
2	9	16	23			
3	10	17	24			
4	11	18	25			

MARTIE

		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			

APRILIE

2	9	16	23	30		
3	10	17	24			
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			
7	14	21	28			
1	8	15	22	29		

MAI

	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			

IUNIE

	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24			

IULIE

2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			
7	14	21	28			
1	8	15	22	29		

AUGUST

		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			

SEPTEMBRIE

		3	10	17	24	
		4	11	18	25	
		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		

OCTOMBRIE

1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			
7	14	21	28			

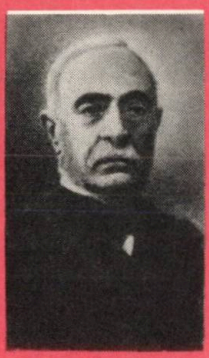
NOIEMBRIE

		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24			
4	11	18	25			

DECEMBRIE

3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			
7	14	21	28			
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		

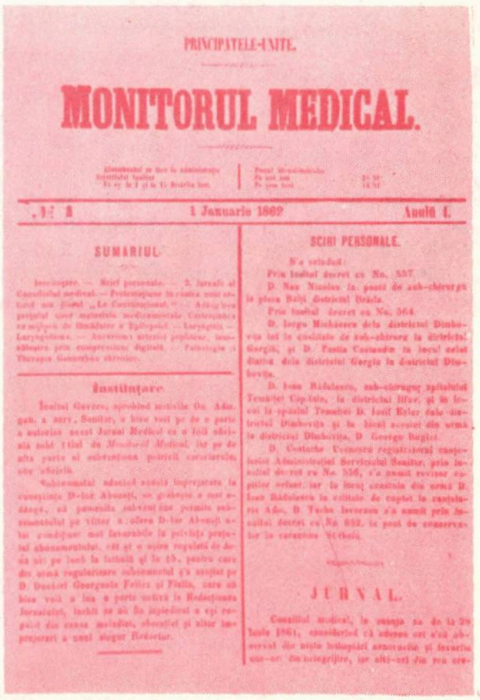
IANUARIE



Dr. N. KRETZULESCU

Luni	*2*	*9*	*16*	*23*	*30*
Marţi	*3*	*10*	*17*	*24*	*31*
Miercuri	*4*	*11*	*18*	*25*	
Joi	*5*	*12*	*19*	*26*	
Vineri	*6*	*13*	*20*	*27*	
Sîmbătă	*7*	*14*	*21*	*28*	
Duminică	*1*	*8*	*15*	*22*	*29*

10.I.1842. Începuturile învăţămîntului medical din Ţara Românească. La Spitalul «Colţea» din Bucureşti se deschid cursurile de «mică hirurgie», iniţiate de doctorul N. Kretzulescu. Şcoala se află «sub oblăduirea Comisiei dohtoriceşti a Eforiei spitalelor civile».



PRINCIPATELE-UNITE.

MONITORUL MEDICAL.

1 Ianuarie 1862 Anulŭ I.

SUMARIUL

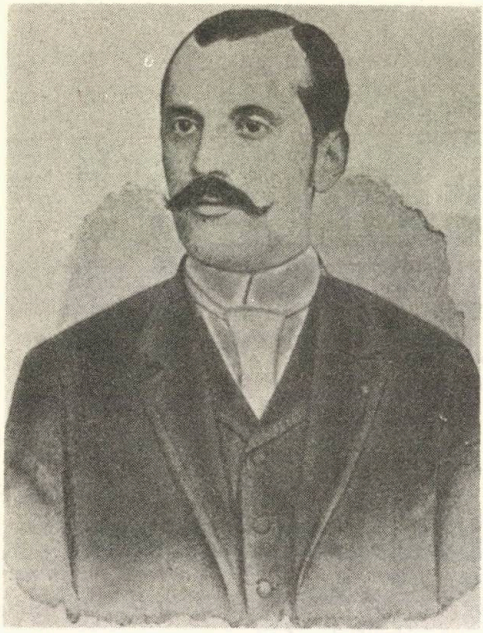
Instiinţare

SCIRI PERSONALE.

JURNAL.

1.I.1862. Apare la Bucureşti primul număr din «Monitorul medical», avînd ca redactor responsabil pe doctorul A. Vehnert. Revista se prezintă ca un oficios, fiind subvenţionată de stat. Din ianuarie 1863 şi pînă în noiembrie 1867, cînd îşi încetează apariţia, va fi condusă de dr. I. Polizu. În această publicaţie au apărut, în special, articole de popularizare a ştiinţei medicale.

15.I.1881. Patru studenţi medicinişti români, (Buicliu, Botez, Bogdan şi Filibiliu), care au studiat la Paris, au reuşit la concursul de internat. Unul dintre aceştia — Cristea Buicliu — avea să ajungă mai tîrziu profesor la Facultatea de medicină din Bucureşti. Petre Filibiliu a fost membru fondator al Societăţii studenţilor medicinişti din România (înfiinţată la 1 ianuarie 1875).



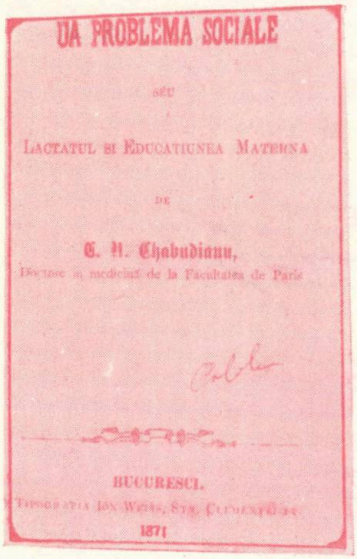
Dr. GEORGE ASSAKY

Ianuarie 1899. Doctorul George Assaky a publicat în ziarele din capitală mai multe articole referitoare la evoluția cancerului, căutînd să-i explice cauzele. Bazat pe datele statistice apărute în revistele din țară și din străinătate, savantul a remarcat faptul că în ultimii 75 de ani cazurile de cancer s-au înmulțit în lume în proporție de 100%.

12.I.1966. Se inaugurează noul local al «Salvării» din București. Prin amenajările și instalațiile de care dispune, imobilul se situează printre primele de acest gen din Europa.

21.I.1973. La această dată a apărut în «România liberă» știrea că doctorul docent Gheorghe Marinescu, șef de secție la Spitalul de boli infecțioase «Victor Babeș» din București, a primit titlul de laureat al Academiei Franceze de Medicină, pentru lucrarea monografică **Limfocitoza infecțioasă acută**, apărută în editura «Masson» din Paris.

FEBRUARIE


O PROBLEMA SOCIALE
SAU
LACTATUL SI EDUCATIUNEA MATERNA
DE
C. N. Cabudianu,
BUCURESCI.
1871

Luni		*6*	*13*	*20*	*27*
Marți		*7*	*14*	*21*	*28*
Miercuri	*1*	*8*	*15*	*22*	
Joi	*2*	*9*	*16*	*23*	
Vineri	*3*	*10*	*17*	*24*	
Sîmbătă	*4*	*11*	*18*	*25*	
Duminică	*5*	*12*	*19*	*26*	

Februarie 1871. Apare la București volumul **«O problemă socială — lactatul și educația maternă»**, aparținînd medicului C.N. Cabudianu. Este prima scriere adresată mamelor, cu sfaturi privind alăptarea și creșterea copiilor în primii ani de viață.

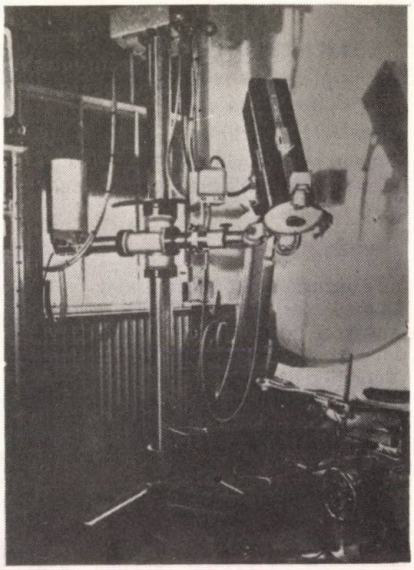
11.II.1898. Un grup de medici chirurgi din București au înființat — în aprilie 1897 — «Revista de chirurgie». Această publicație a constituit nucleul în jurul căruia s-a format — la 11 februarie 1898 — Societatea de chirurgie, avînd printre cei mai activi membri pe medicii: C. Andreescu, I. Bălăcescu, D. Drăghicescu, D. Gerota, Thoma Ionescu, E. Juvara, N. Manolescu, Gh. Nanu, C. Severeanu. Deviza acestei societăți era: studiul și progresele chirurgiei, folosind toate mijloacele care concură la realizarea acestui scop.

Februarie 1904. Urmînd sfatul medicilor, care s-a declarat împotriva automobilelor decapotabile, dovedite dăunătoare sănătății călătorilor, fabricile europene și americane au trecut la producerea primelor limuzine. Una dintre cele dintîi lansate pe piață și-a făcut apariția în București, în februarie 1904. Imaginea alăturată ilustrează cele afirmate, dar cu mențiunea că șoferul rămîne, în continuare, expus intemperiilor.

PRIMA LIMUZINĂ LA BUCUREȘTI — 1904

CU BOBUL LA SINAIA, 1910

13.II.1910. În primele curse de bob organizate pe pîrtiile de la Sinaia, premiul întîi este cîştigat de echipajul condus de Mihaela Ghica, avînd coechipieri doi ofiţeri şi un automobilist (în fotografie). Deci încă un domeniu în care capacitatea femeii se apropie de cea a bărbatului.



Februarie 1927. La Spitalul «Colţea» din Bucureşti se înfiinţează primul serviciu de radium şi roentgenterapie din ţară. Serviciul dispune de 98 de tuburi a cîte 10 şi 5 mg radium şi o instalaţie formată dintr-un aparat de terapie profundă (în fotografie). Tratamentele sînt făcute de conf. dr. I. Jovin, la Clinica a III-a de chirurgie, condusă de prof. dr. Amza Jianu.

MARTIE

Luni		*6*	*13*	*20*	*27*
Marți		*7*	*14*	*21*	*28*
Miercuri	*1*	*8*	*15*	*22*	*29*
Joi	*2*	*9*	*16*	*23*	*30*
Vineri	*3*	*10*	*17*	*24*	*31*
Sîmbătă	*4*	*11*	*18*	*25*	
Duminică	*5*	*12*	*19*	*26*	

10.III.1894. Epidemia cunoscută sub numele de **influența** (care mai tîrziu s-a numit **gripa spaniolă)** bîntuia din nou în capitală (mai fusese semnalată în 1889). Revista «România medicală» recomanda medicamentele eficace în prevenirea și tratarea bolii: antipirina și chinina, «în doze potrivite».

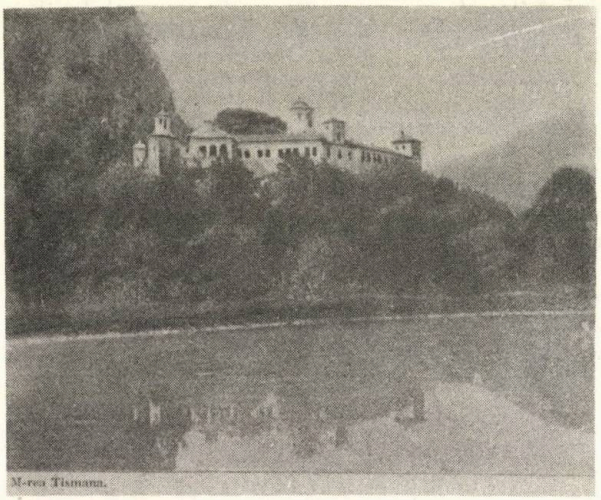
14.III.1895. Biblioteca centrală universitară din București și-a început activitatea, posedînd un număr de 34 000 de volume (sala de lectură avea 48 de scaune). La inaugurare, au fost prezenți, printre alții, Titu Maiorescu și Nicolae Iorga. În 1970 fondul acestei biblioteci publice ajunge la 1 640 500 de volume (cărți și reviste), dintre care peste 50 000 sînt din domeniul medicinii.

6.III.1897. Parlamentul român votează prima lege a repausului în muncă. Se acordă salariaților repausul săptămînal de o jumătate de zi — duminica dimineața. Beneficiază de această lege numai salariații industriali; în comerț se menține lucrul continuu.

1.III.1901. La această dată apare primul număr al revistei «Sănătatea», una din cele mai apreciate reviste medicale bilunare.

S-a impus atenției cititorilor prin rubricile sale permanente privind maternitatea, creșterea copiilor și prevenirea bolilor molipsitoare, ajungînd astfel să fie citită cu interes atît în mediul urban, cît și în mediul rural. Cu unele întreruperi, revista continuă să apară pînă în anul 1916.

Martie 1903. Se înființează prima organizație turistică de la noi: **Societatea turiștilor din România.** Scopul acestei societăți — așa cum menționează statutul — este: «de a înlesni sportul excursiilor, de a lăți în public simțul pentru natură, de a înlesni cunoașterea frumuseților țării și de a întări astfel iubirea pentru patrie și neam». Un **Anuar** editat de societate a publicat descrieri interesante ale locurilor pitorești din țară.



M-rea Tismana.

1903

APRILIE

Luni		*3*	*10*	*17*	*24*
Marţi		*4*	*11*	*18*	*25*
Miercuri		*5*	*12*	*19*	*26*
Joi		*6*	*13*	*20*	*27*
Vineri		*7*	*14*	*21*	*28*
Sîmbătă	*1*	*8*	*15*	*22*	*29*
Duminică	*2*	*9*	*16*	*23*	*30*

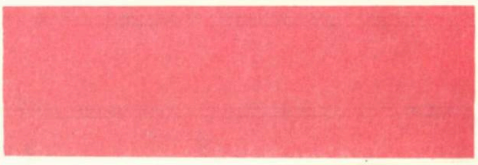
20.IV.1828. Se împlinesc 150 de ani de la naşterea medicului român de origine franceză Carol Davila. Unul din cei mai străluciţi reprezentanţi ai medicinii româneşti, Carol Davila a contribuit la organizarea învăţămîntului medical de la noi, a sprijinit înfiinţarea mai multor societăţi şi reviste medicale şi a condus Serviciul sanitar al armatei.

Aprilie 1886. Serviciul sanitar al armatei contribuie la organizarea asistenţei medicale la sate, repartizînd patru ambulanţe care aveau să activeze în comunele din judeţele: Gorj, Argeş, Bacău şi Neamţ. Fiecare ambulanţă avea un medic şi un subchirurg.

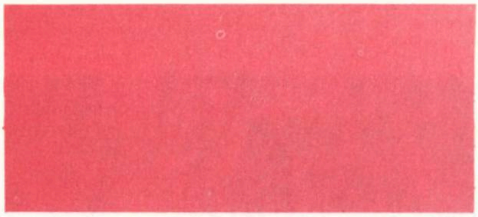
Aprilie 1889. Doctorul C.I. Istrati (care-şi luase doctoratul la Paris, cu doi ani mai înainte), lucrînd în laboratoarele Spitalului «Colţea», a descoperit o nouă clasă de coloranţi, cărora le-a dat numele de **franceine.** Pentru această descoperire, savantul român a primit o medalie de aur, oferită de francezi. În anii următori, doctorul Istrati avea să facă noi descoperiri, între care şi **friedelina,** extrasă din plută.

Dr. CAROL DAVILA

6.IV.1893. Ziarul «Timpul» scria despre apa minerală, descoperită la Dorna: «În curînd această apă va ocupa primul loc în terapia medicală, cît şi ca apă de băut. Doctorul Pribram, din Viena, care i-a făcut analiza, declară că apa de la Dorna întrece în calităţi pe cea de la Vichy».



16.IV.1908. În publicaţia «Comptes rendus de la société de biologie» (Paris) a apărut un studiu al medicilor români Thoma Ionescu şi Amza Jianu, referitor la **rahianestezia superioară** (prin injecţii intrarahidiene cu stovaină în regiunea superioară a coloanei vertebrale). De atunci, metoda celor doi medici români intră în circuitul mondial.



Aprilie 1922. Se înfiinţează Ministerul Sănătăţii. Legea publicată la 25 aprilie prevedea: Serviciile centrale şi exterioare ale Direcţiei generale a Serviciului sanitar, precum şi instituţiile de utilitate publică şi particulare, cu caracter de asistenţă sanitară, trec sub autoritatea sau controlul Ministerului Sănătăţii Publice, al Muncii şi Ocrotirilor Sociale.

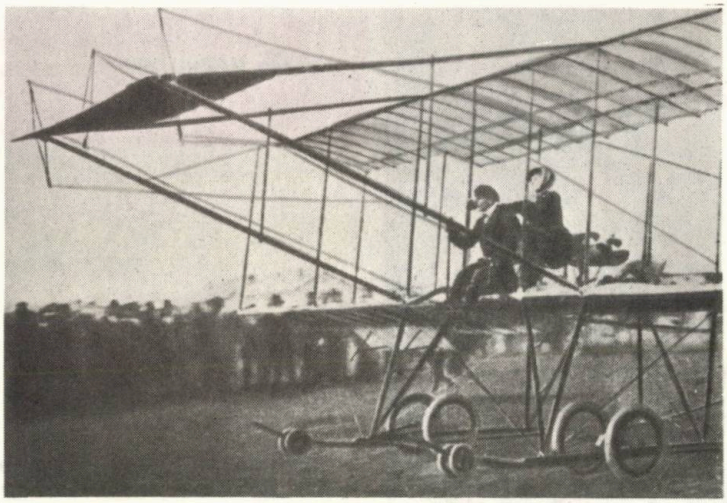
Dacă vrei să afli cum mă cheamă, caută la pagina 91.

MAI

Luni	*1*	*8*	*15*	*22*	*29*
Marți	*2*	*9*	*16*	*23*	*30*
Miercuri	*3*	*10*	*17*	*24*	*31*
Joi	*4*	*11*	*18*	*25*	
Vineri	*5*	*12*	*19*	*26*	
Sîmbătă	*6*	*13*	*20*	*27*	
Duminică	*7*	*14*	*21*	*28*	

15.V.1838. Se împlinesc 140 de ani de cînd se practică la noi homeopatia. «Albina românească» din Iași publica, la 15 mai 1838, următorul anunț: «Doctorul Martin Henigberger, din Kronstadt-Transilvania, a sosit de la Constantinopol, din Orient, unde a stat 20 de ani. Stă cîteva săptămîni la Iași, unde speră să introducă specialitatea sa, **homeopatia**».

12.V.1839. În grădinile domnești de la Socola (Iași) s-a deschis cea dintîi expoziție horticolă de la noi: «Întîia înfățoșare de flori către doritorii de asemenea frumuseți» — cum scria «Albina românească». Grădina prezenta publicului cîteva sute de feluri de flori și plante, printre care erau și primele plante medicinale cultivate la noi.



YVONNE CĂMĂRĂȘESCU

1.V.1910. O femeie — Yvonne Cămărășescu — își înscrie numele în istoria aviației românești, fiind prima care zboară cu un avion la Cotroceni, cu ocazia inaugurării «preumblărilor aeriene pentru public», organizate de Școala de aviație. Zborul a durat numai 15 minute, fiind întrerupt la cererea cutezătoarei călătoare, care n-a mai putut suporta frigul, avionul fiind deschis.

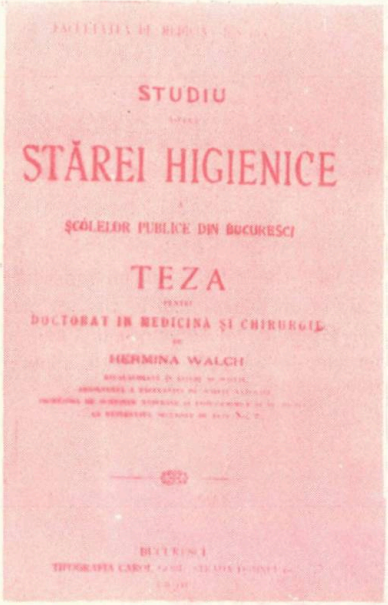
1.V.1912. La manifestația muncitorească organizată în capitală, cu ocazia zilei de Întîi Mai, tipografii cer un regim de ușurare a muncii: 8 ore. Nimeni nu le dă însă ascultare. Peste cîțiva ani, cînd vor fi deplin organizați, muncitorii își vor putea impune revendicările — mai ales după 1921, cînd s-a înființat Partidul Comunist Român.

Dr. GH. MARINESCU

15.V.1938. Se împlinesc 40 de ani de cînd a murit profesorul doctor Gheorghe Marinescu, figură de prestigiu mondial a medicinii românești. Cu cîteva zile mai înainte asistase la manifestarea de comemorare a savantului Victor Babeș, după cum se vede în imaginea alăturată. Aceasta este ultima fotografie în care apare profesorul Gheorghe Marinescu (primul din stînga).

— Biblioteca Astra —
— SIBIU —

IUNIE


STUDIU

STĂREI HIGIENICE

ŞCOLELOR PUBLICE DIN BUCUREŞCI

TEZA

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

HERMINA WALCH

Luni		*5*	*12*	*19*	*26*
Marţi		*6*	*13*	*20*	*27*
Miercuri		*7*	*14*	*21*	*28*
Joi	*1*	*8*	*15*	*22*	*29*
Vineri	*2*	*9*	*16*	*23*	*30*
Sîmbătă	*3*	*10*	*17*	*24*	
Duminică	*4*	*11*	*18*	*25*	

Iunie 1890. Hermina Valch este prima femeie care îşi ia doctoratul la Facultatea de medicină din Bucureşti. Teza pe care a susţinut-o cu un deosebit succes, intitulată «**Studiu asupra stării higienice a şcolelor publice din Bucuresci**», ridica o problemă deosebit de acută la vremea respectivă, asupra căreia medicul Hermina Valch a insistat, reuşind să-şi impună, faţă de autorităţi, punctele sale de vedere.

20.VI.1902. A apărut la Brăila primul număr al revistei «**Lacul Sărat — Isvorul Tămăduirei**», care încearcă să popularizeze valoarea terapeutică a apelor acestui lac, cu deosebire în cazurile de scrofuloză şi artrită.

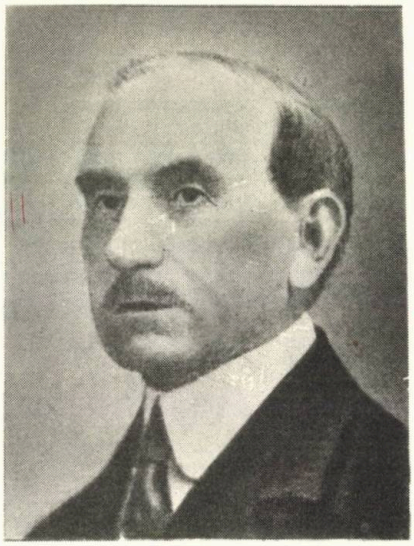
LACUL SARAT

Isvorul Tămăduirei

Cauza aparitiunei acestui ziar.

Iunie 1925. La muzeul **Jeu de Paume** din Paris s-a deschis o expoziţie de artă veche şi modernă românească. Prezentarea expoziţiei s-a făcut printr-un catalog precedat de un articol semnat de prof. dr. Ion Cantacuzino, care s-a dovedit şi un bun cunoscător al picturii româneşti şi, totodată, un valoros critic de artă.

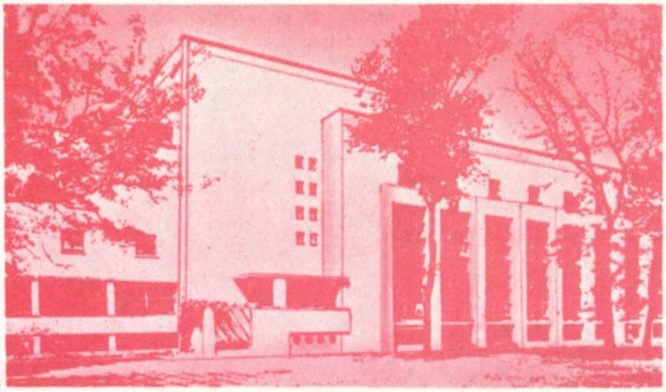
Iunie 1929. Ţăranul Ion Gh. Muscalu din comuna Rosetti-Ialomiţa a fost internat în spitalul antirabic din Bucureşti, pentru tratament, deoarece a fost muşcat de un cîine turbat. Numitul era orb de aproape un an în urmă, din cauza unei boli netratată la timp. După cîteva injecţii antirabice, i-a revenit vederea. «Cazul stîrneşte interesul cercurilor medicale — scria revista «Realitatea ilustrată» — bolnavul fiind ţinut sub observaţie în continuare».



Dr. M. MINOVICI

4.VI.1930. În Monitorul oficial a apărut decretul potrivit căruia profesorul doctor Mina Minovici a fost numit, pe viață, director al Institutului medico-legal — o recunoaștere oficială a contribuției sale la întemeierea medicinii juridice de la noi și a institutului care-i poartă numele.

22.VI.1935. La Spitalul Central de boli nervoase din București s-a inaugurat un bust ridicat în cinstea profesorului doctor Al. Obregia. La solemnitate a asistat însuși savantul omagiat — caz unic în analele acestor manifestări.



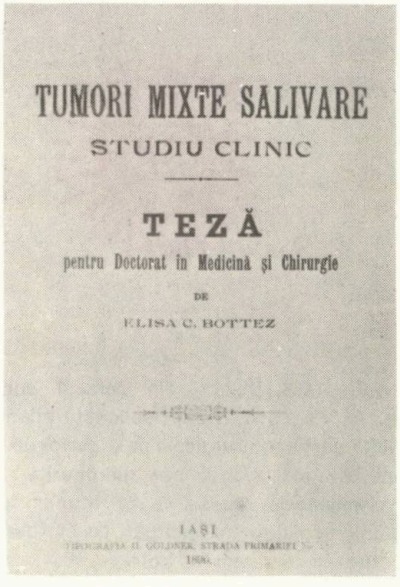
5.VI.1937. După șase decenii de funcționare în diferite localuri, Biblioteca Academiei și-a inaugurat sediul său propriu — ansamblul de construcții din Calea Victoriei, unde aveau să fie depozitate și puse la dispoziția cercetătorilor sute de mii de cărți, reviste, documente și manuscrise medicale, atît românești, cît și străine.

IULIE

Luni		*3*	*10*	*17*	*24*	*31*
Marţi		*4*	*11*	*18*	*25*	
Miercuri		*5*	*12*	*19*	*26*	
Joi		*6*	*13*	*20*	*27*	
Vineri		*7*	*14*	*21*	*28*	
Sîmbătă	*1*	*8*	*15*	*22*	*29*	
Duminică	*2*	*9*	*16*	*23*	*30*	

Iulie 1863. Serviciul sanitar al capitalei a emis un ordin referitor la asigurarea necesarului de «aparate» pentru «întîmpinarea bolnavilor»: aparat de toată ziua pentru pansat; lacăt pentru aparat; scînduriţă pentru întins alifia; perniţă pentru ace; ace cu gămălie, burete de spălat, muşama cu două feţe; tulumbă de sticlă; lighean de alamă; măsură gradată; ventuze; borcan pentru alifie; bandaje; comprese; feşi. Pentru procurarea acestor «aparate», fiecare spital primea cîte o subvenţie.

Iulie 1896. Prima femeie care îşi ia doctoratul la Facultatea de medicină din Iaşi: Eliza Botez, cu teza «Tumori mixte salivare».


TUMORI MIXTE SALIVARE

STUDIU CLINIC

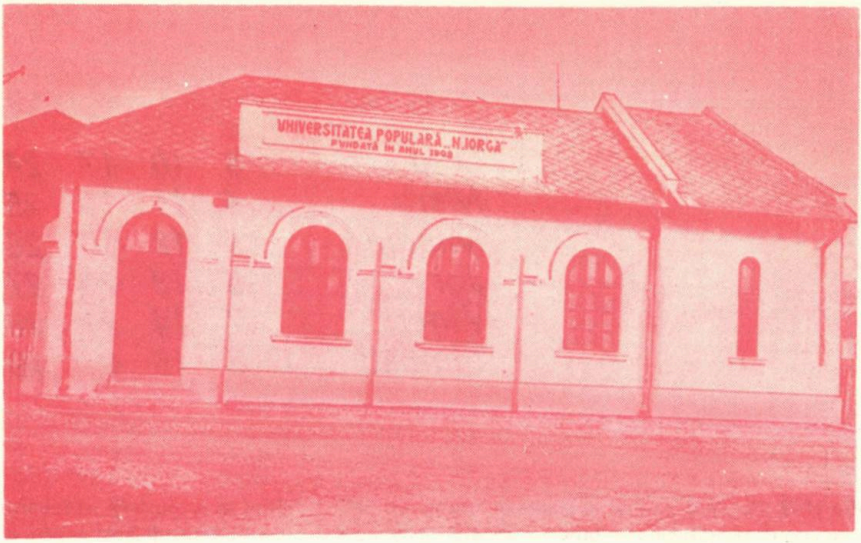
TEZĂ

pentru Doctorat în Medicină şi Chirurgie

DE

ELISA C. BOTTEZ

IAŞI



1.VII.1908. Încep cursurile la Universitatea populară înființată de profesorul Nicolae Iorga, la Văleni. Printre conferențiarii perindați de-a lungul anilor au fost și medicii Ion Cantacuzino și Mihail Manicatide.

1.VII.1935. Din inițiativa doctorului Daniel Danielopolu, se înființează la București Academia de medicină din România.

Iulie 1951. Institutul de inframicrobiologie din București (înființat în anul 1950) și-a inaugurat un nou local, aflat pe strada Dumbrava Roșie. Acest institut este al doilea din lume — în domeniul respectiv — primul fiind înființat la Moscova, în 1935.

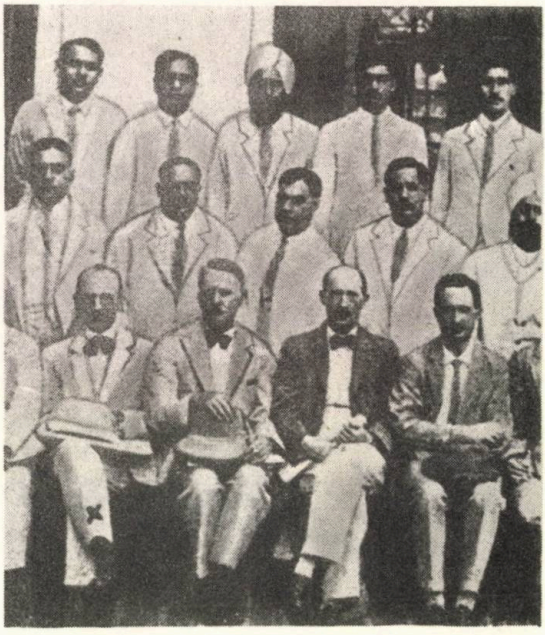
Iulie 1909. Spitalul din Caracal, condus de dr. Al. Popescu, a dat publicității bilanțul activității secției chirurgicale pe o perioadă de cinci ani în urmă: 974 de operații diferite, realizate cu mijloacele reduse de pe atunci: trepanații craniene, cataracte, extirpări de limfosarcoame, suturi de tendoane, artrotome etc.

AUGUST

Luni		*7*	*14*	*21*	*28*
Marţi	*1*	*8*	*15*	*22*	*29*
Miercuri	*2*	*9*	*16*	*23*	*30*
Joi	*3*	*10*	*17*	*24*	*31*
Vineri	*4*	*11*	*18*	*25*	
Sîmbătă	*5*	*12*	*19*	*26*	
Duminică	*6*	*13*	*20*	*27*	

August 1842. Primăria capitalei a introdus primele «căruţe cu două roate şi cu cutie deasupra» pentru căratul gunoiului de pe străzi. Dar a mai dat şi o ordonanţă: «Ridicarea gunoiului se va face cu acele care, dar măturatul rămîne pe seama proprietarilor...»

25.VIII.1862. Domnitorul Alexandru Ioan Cuza a dat un decret pentru înfiinţarea Direcţiei generale a serviciului sanitar, numind ca inspector general pe doctorul Carol Davila, iar ca membri în comitetul de conducere pe doctorii: Felix, Polizu, Teodori, Atanasovici, Cupşa, Protici şi farmacistul Zulner. Prin acelaşi decret s-a înfiinţat un consiliu de igienă la Bucureşti şi altul la Iaşi.



Dr. MIHAI CIUCĂ

18.VIII.1883. Se împlinesc nouăzeci şi cinci de ani de la naşterea savantului doctor Mihai Ciucă, membru al Academiei R.P.R. şi al prodigioasei Royal Society din Londra. A colaborat, pe plan internaţional, la lupta contra malariei (în fotografie: cu alţi medici, în India, în 1945). I s-a conferit titlul de laureat al Premiului de stat.

4. VIII. 1890. La Berlin s-a ţinut cel de-al X-lea Congres internaţional de medicină. România a fost reprezentată prin medicii: Z. Petrescu, A. Demostene şi George Crăiniceanu. În cadrul expoziţiei care însoţea congresul, medicii români au prezentat diferite instrumente medicale folosite în spitalele de la noi; multe dintre ele au fost realizate de medici şi tehnicieni români.

2. VIII. 1900. La Paris a avut loc Congresul internaţional medical, la care au participat delegaţi din mai mult de cincizeci de ţări. România a fost reprezentată prin dr. C. Dimitrescu-Severeanu, care a făcut o comunicare referitoare la utilizarea razelor X în chirurgie.

August 1918. Un bilanţ al activităţii Crucii Roşii române, în timpul războiului din 1916—1918; a îngrijit de 150 000 de prizonieri, a servit masa la 800 000 de refugiaţi, a trimis 58 000 de colete prizonierilor români aflaţi în lagărele inamicului. Toate acestea au fost îndeplinite cu ajutorul benevol a zeci de mii de cetăţeni, care au răspuns apelului Crucii Roşii. În fotografie: o ambulanţă a Crucii Roşii, în Moldova.

SEPTEMBRIE

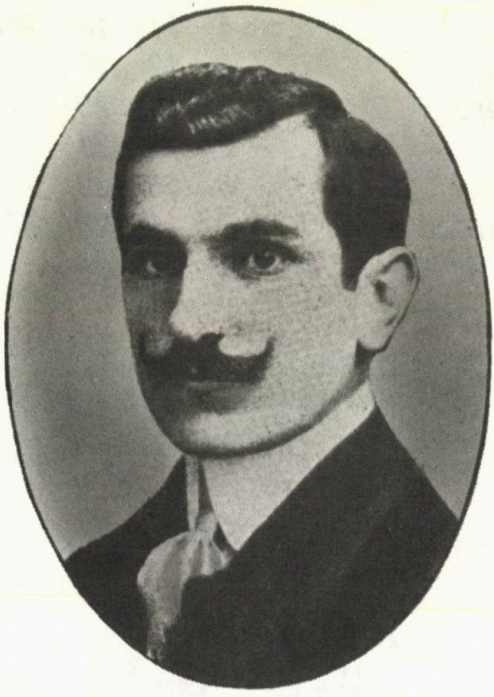
Luni		*4*	*11*	*18*	*25*
Marți		*5*	*12*	*19*	*26*
Miercuri		*6*	*13*	*20*	*27*
Joi		*7*	*14*	*21*	*28*
Vineri	*1*	*8*	*15*	*22*	*29*
Sîmbătă	*2*	*9*	*16*	*23*	*30*
Duminică	*3*	*10*	*17*	*24*	

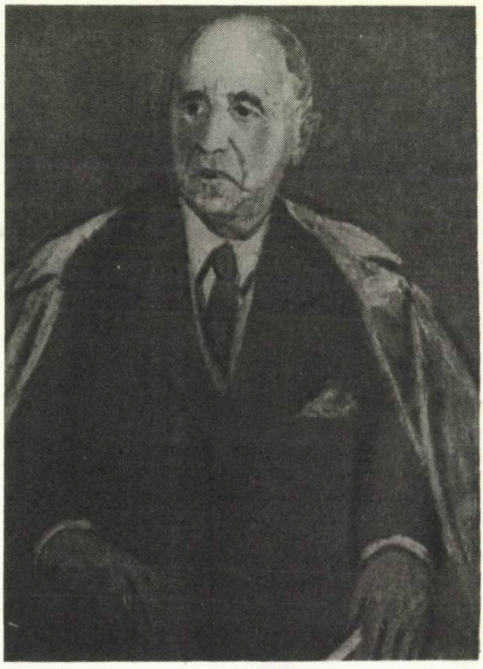
Septembrie 1849. Comitetul sănătății din Iași publica sfaturi pentru ferirea de boli: «Deoarece bîntuie feliuri de troahne, precum: treapăd, vărsat și alte asemenea, locuitorii să se ferească de nemăsurata întrebuințare a verdețurilor, mai cu seamă de castraveți verzi, harbuji, prune și orice fel de fruct încă necopt, și iară de pește sărat».

Septembrie 1896. La un mare teatru din New York, în fiecare seară dădea reprezentații «cea mai mare gimnastă a lumii» — așa cum o numea revista «Police Gazette». Este vorba de românca Eugenia, fiica profesorului de gimnastică Simion Petrescu, de la liceul Matei Basarab din București. Plecată cu tatăl său într-un lung turneu, a cucerit admirația americanilor. În fotografie: Eugenia, brava înaintașă a Nadiei din zilele noastre, într-un număr de acrobație.

Septembrie 1916. Transfuzia de sînge, recomandată încă din secolul al XVII-lea de către medicul francez Denis, a început să se practice din ce în ce mai mult și în spitalele noastre, pentru salvarea răniților de pe front. De această problemă s-a ocupat doctorul Ioan Jianu, specialist în chirurgia vaselor sanguine.

19.IX.1932. La Vichy, în Franța, s-a ținut Primul congres internațional cu tema «Litiaza biliară». Au fost prezenți specialiști din toată lumea. Medicii: D. Danielopolu, I. Iacobovici și I. Pavel au susținut referate în numele delegației române.





Septembrie 1938. Medicul român Victor Gomoiu a fost ales, pentru o perioadă de cinci ani, președinte al Societății Internaționale de Istoria Medicinii, care își avea sediul la Paris. În septembrie 1932, cînd această societate a ținut la București cel de-al doilea congres al său, doctorul Gomoiu a fost numit să conducă lucrările.

26.IX.1951. A apărut decretul privind instituirea titlului de Erou al Muncii Socialiste. Primul medic român căruia i s-a atribuit această înaltă distincție a fost savantul C.I. Parhon, membru al Academiei R.P.R., președinte al Prezidiului Marii Adunări Naționale a R.P.R. și autor al unor valoroase opere medicale, între care și primul tratat de endocrinologie din lume: «Secrețiile interne», apărut în anul 1909.

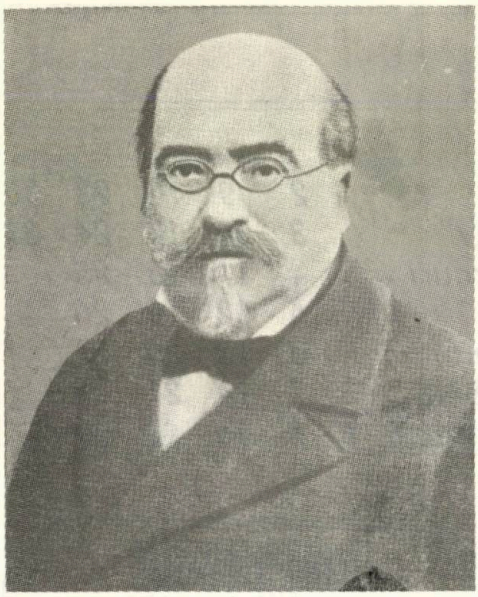
OCTOMBRIE

Luni		*2*	*9*	*16*	*23*	*30*
Marţi		*3*	*10*	*17*	*24*	*31*
Miercuri		*4*	*11*	*18*	*25*	
Joi		*5*	*12*	*19*	*26*	
Vineri		*6*	*13*	*20*	*27*	
Sîmbătă		*7*	*14*	*21*	*28*	
Duminică	*1*	*8*	*15*	*22*	*29*	

3.X.1889. La Congresul internaţional de hidrologie şi climatologie, care s-a ţinut la Bucureşti, medicul I.G. Apostolescu, dirigintele staţiunii balneare Lacul Sărat, a făcut o comunicare referitoare la calităţile curative ale apelor acestui lac, care ajunseseră, nu demult, să fie cunoscute şi peste hotare.

Octombrie 1858. O carte cu reţete pentru tot soiul de boale omeneşti, întocmită de căutătorul V. Drăghici, a apărut la Iaşi, «din îndemnul a mai multor persoane, compatrioţi moldoveni». Reţetele sînt adunate «din deosebite cărţi doctoreşti şi iconomice, iar altele de pe la feţi ce le-au adeverit prin cercare». Cartea se numeşte «**Doctorul şi iconomul casnic**» şi dă, pe lîngă sfaturile de igienă, şi unele sfaturi gospodăreşti şi de îngrijire a animalelor domestice.

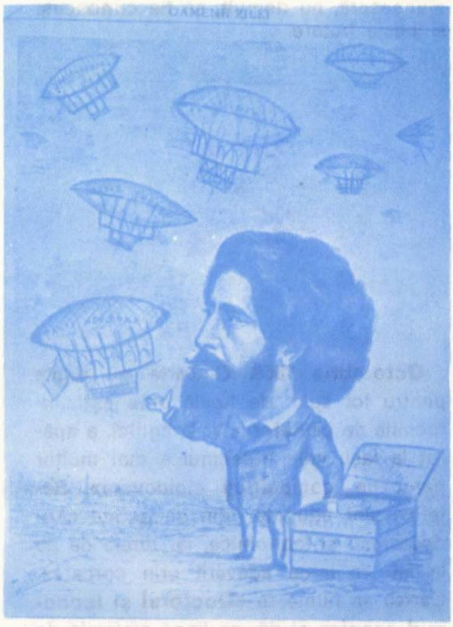
ДОКТОРУЛ
ші
IKONOMȢЛ KACNIK.
сау
Реџеті пентрȢ тот соіол де боалі оменеџі.



16.X.1860. Primul ministru al Moldovei, Mihail Kogălniceanu, adresează domnitorului Cuza un raport: «Negreşit că ţara are nevoie de medici. Pînă acum această trebuinţă generală este îndestulată numai în privinţa oraşelor şi, ca regulă, prin doctori străini, iară populaţia rurală, adică patru cincimi din locuitorii ţării, e lăsată pradă bolilor, fără cel mai mic ajutor medical...» Temeiul raportului îl constituia dorinţa lui Kogălniceanu de a vedea înfiinţat învăţămîntul medical superior de la noi, deziderat realizat abia în 1869, în Bucureşti, şi în 1879, la Iaşi.

Octombrie 1870. S-a introdus **abona**mentul medical. C. Bacalbaşa, în memoriile sale, ne spune: «La Bucureşti şi la Brăila fiecare familie mai răsărită are medicul ei curant, plătit cu abonament anual. Preţul abonamentului: un galben pe an».

21.X.1888. Prima cursă de baloane din lume, care s-a organizat în Franţa, a avut printre concurenţi şi un român — pe Alexandru Ciurcu. Dotat cu o rezistenţă fizică deosebită şi cu un curaj rar întîlnit la vremea aceea, Ciurcu, împreună cu coechipierul său — francezul Godard — a cîştigat cursa, parcurgînd cea mai lungă distanţă; 35 de km (între Paris şi oraşul Corbeil). În caricatură: Alexandru Ciurcu şi baloanele participante la cursă.



NOIEMBRIE

18.XI.1855. Departamentul ostăşesc publica: «Fiind hotărît să se înceapă învăţătura meşteşugului felceriei, la Spitalul ostăşesc, să se prezinte doar tinerii care, cu învoirea părinţilor, voiesc a învăţa în această şcoală, ca să-i vadă mai întîi ober-stab doctorul Davila». Şcoala se forma prin contopirea celor două unităţi de învăţămînt chirurgical existente atunci la Spitalul militar şi la Spitalul «Filantropia». La 4 decembrie 1855, noua şcoală şi-a început cursurile, cu 35 de elevi înrolaţi în oştire ca soldaţi.

Luni		*6*	*13*	*20*	*27*
Marţi		*7*	*14*	*21*	*28*
Miercuri	*1*	*8*	*15*	*22*	*29*
Joi	*2*	*9*	*16*	*23*	*30*
Vineri	*3*	*10*	*17*	*24*	
Sîmbătă	*4*	*11*	*18*	*25*	
Duminică	*5*	*12*	*19*	*26*	

13.XI.1863. Se împlinesc 115 ani de la naşterea savantului doctor Ion Cantacuzino, personalitate de prestigiu mondial, fost director general al Serviciului sanitar (1908), ministru al sănătăţii (1931—1932), membru al Academiei Române şi al Academiei Franceze de Medicină. A publicat 123 de lucrări din diferite domenii ale medicinii.

LEGAREA RANILOR PE CAMP, IN TIMPUL BATALIEI

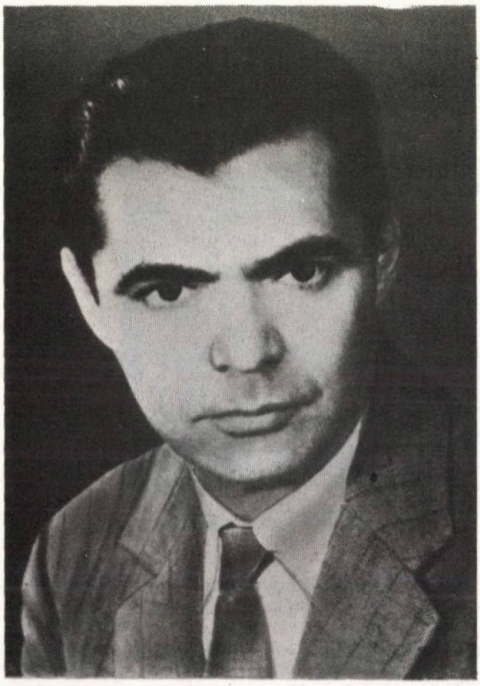
28.XI.1877. Cucerirea Plevnei. Trupele turceşti încetează lupta. Osman-paşa se predă comandantului forţelor române. Numărul morţilor şi al răniţilor din armata noastră este considerabil. Unităţile medicale de pe front activează zi şi noapte pentru îngrijirea răniţilor. Nu se precupeţeşte nimic pentru salvarea bravilor ostaşi căzuţi la Rahova, Opanez şi Plevna. Jertfele făcute aveau să aducă victoria deplină — independenţa ţării.

22.XI.1902. În ședința Academiei Române, profesorul doctor N. Leon face o comunicare cu privire la **Istoria naturală medicală a poporului român.** Peste cîteva luni, această comunicare avea să apară într-un volum, larg dezvoltată, cu același titlu. Sînt tratate, în capitole bine documentate, problemele: prejudecăților medicale, amuletelor, talismanelor, proverbelor cu înțeles medical și, în final, folosirea plantelor medicinale în tratarea bolilor.

Noiembrie 1909. Medicul român Thoma Ionescu se află într-un lung turneu peste hotare, invitat de mari institute medicale, pentru a demonstra noua sa metodă de operații chirurgicale folosind «rahianestezia înaltă». În S.U.A., la New York și Philadelphia, face patru operații. Revistele medicale americane semnalează, elogios, evenimentul.

Dr. THOMA IONESCU

5.XI.1948. Academia Republicii Populare Române (înființată prin decretul din 9 iunie) a ținut prima sa ședință pentru confirmarea membrilor activi și corespondenți. În secțiunea de științe medicale au fost numiți membri activi doctorii: Nicolae Hortolomei, Vasile Mârza și Ștefan Milcu, iar membri corespondenți: Ilie Ardeleanu, Grigore Benetato, Simion Iagnov, Iulian Nițulescu și Oscar Sager.



Dr. GEORGE PALADE

Noiembrie 1974. Medicul american de origine română, George Palade, a primit Premiul Nobel pentru medicină. Și-a făcut studiile la Facultatea de medicină din București. Stabilit la New York, a lucrat la Institutul Rockefeller, unde a făcut numeroase descoperiri în domeniul biologiei celulare («granulele Palade»). În prezent este director al Secției de biologie celulară a Facultății de medicină de la Yale și membru al Academiei de Științe din S.U.A.

DECEMBRIE

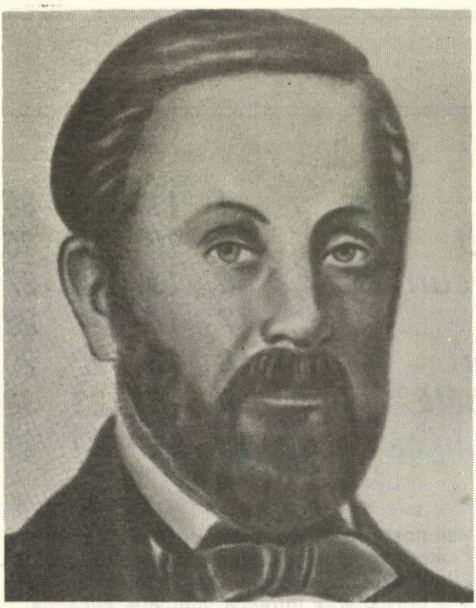
Luni		*4*	*11*	*18*	*25*
Marți		*5*	*12*	*19*	*26*
Miercuri		*6*	*13*	*20*	*27*
Joi		*7*	*14*	*21*	*28*
Vineri	*1*	*8*	*15*	*22*	*29*
Sîmbătă	*2*	*9*	*16*	*23*	*30*
Duminică	*3*	*10*	*17*	*24*	*31*

21.XII.1838. «Albina românească» anunță că la Iași a apărut cartea **Microbiotica — sau arta de a prelungi viața,** operă a lui Huffeland, tradusă în limba română de I. Albing, profesor suplinitor la Academia Mihăileană. «Opera este utilă și trebuie cumpărată», recomandă gazeta.

Decembrie 1877. Sîntem în plin război și ostașii noștri luptă eroic. Ziarele publică (încă din noiembrie) apeluri: «Să le venim în ajutor ostașilor care înfruntă furia unui dușman ce dispune de arme superioare; să le venim în ajutor cu hrană, cu îmbrăcăminte. Români, care vă iubiți țara, care doriți ca armatele române să biruie, veniți în ajutorul bravilor». Și întreaga populație subscrie.

LUAREA TUNURILOR TURCEȘTI LA GRIVIȚA

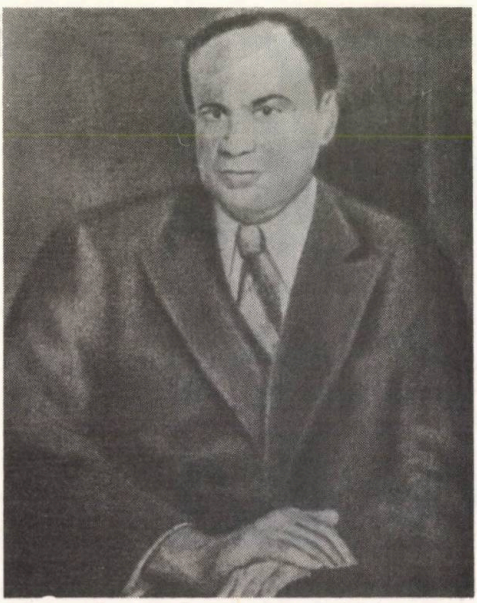
31.XII.1878. Se împlinesc o sută de ani de la moartea doctorului Nicolae Codreanu (Zubcu), militant al mișcării socialiste din țara noastră, fost membru al Cercului revoluționar secret din București (alături de doctorul Russel și de C. Dobrogeanu-Gherea).



A inițiat și organizat apariția ziarului «Socialistul» (București, 1878) și a luat parte, ca medic voluntar, la războiul din 1877—1878.

Dr. N. CODREANU

1.XII.1879. Au început primele cursuri la Facultatea de medicină din Iași. Erau înscriși în anul I, doar 14 studenți. Decan al facultății a fost numit doctorul Leon Sculy. Pînă la inaugurarea noului local, cursurile se țineau în vechiul palat domnesc, rămas de pe vremea lui Alexandru Moruzi, domn al Moldovei.



Dr. D. BAGDASAR

17.XII.1893. Se împlinesc optzeci și cinci de ani de la nașterea profesorului doctor Dimitrie Bagdasar, unul dintre cei mai distinși oameni de știință din țara noastră. Între anii 1922—1926 a fost medic militar. Este socotit, pe bună dreptate, creatorul școlii românești de neurochirurgie. În calitate de ministru al sănătății, a elaborat primele legi sanitare democratice din țara noastră.

15.XII.1923. Revista «Presa sanitară» ne informează: «Acum cîteva zile, doamna Elena Văcărescu și doctor Ion Cantacuzino au inaugurat Dispensarul român înființat la Paris».

27.XII.1932. S-a inaugurat la Cluj statuia ridicată în memoria marelui savant german Robert Koch, descoperitorul bacilului tuberculozei, care-i poartă numele.

EVOCĂRI

150 de ani de la moartea lui C. CARACAŞ

Constantin Caracaş se numără printre promotorii medicinii româneşti din pragul secolului al XIX-lea. A fost fiul doctorului Dimitrie Caracaş, de origine macedo-română şi a funcţionat ca medic al oraşelor Craiova şi Bucureşti, remarcîndu-se prin publicarea unui poem didactic, pe teme hipocratice, în limbile greacă şi latină.

C. Caracaş s-a născut în 1773. În tinereţe a participat la activitatea unor cercuri conspirative greceşti, care militau pentru scuturarea jugului otoman. După ce a primit diploma de doctor în medicină la Viena, în anul 1800 s-a stabilit la Bucureşti, sprijinind acţiunea de vaccinare antivariolică, marea noutate ştiinţifică a epocii.

Principala înfăptuire a «doctorului Constantinache», cum îi spuneau contemporanii, a fost înfiinţarea Spitalului «Iubirea de oameni», astăzi cunoscut sub numele de Spitalul «Filantropia». Ctitorii instituţiilor spitaliceşti existente pînă atunci la Bucureşti erau domnii şi boierii şi erau administrate de epitropii particulare, iar cuvîntul hotărîtor îl avea de obicei ierarhia clericală.

În 1813 a început construirea Spitalului «Filantropia», din fonduri colectate de la întreaga populaţie. Prin regulamentul redactat de doctorul Caracaş s-a stabilit ca aşezămîntul să fie condus de un comitet format din orăşeni, persoane onorabile şi buni gospodari; principala răspundere pentru bunul mers al fundaţiei îi revenea însă medicului şef, care trebuia, dealtfel, să locuiască în incinta spitalului.

Un mare interes prezintă monografia redactată de Constantin Caracaş în limba greacă «*Descrierea Ţării Româneşti*». Este vorba de o prezentare generală a geografiei, economiei şi stării culturale a Munteniei, insistîndu-se asupra aspectelor medico-sanitare. Lucrarea abundă în observaţii critice privind abuzurile săvîrşite de boierime şi consecinţele negative ale rînduielilor feudale. Întreaga orientare a acestei scrieri ne îndreptăţeşte să-l considerăm pe doctorul Caracaş ca un reprezentant de seamă al curentului iluminist în Ţara Românească.

«*Descrierea Ţării Româneşti*» a apărut în 1830. Autorul cărţii murise însă cu doi ani înainte, la 31 octombrie 1828, răpus de ciuma care bîntuia cu furie în capitală.

150 de ani de la nașterea lui CAROL DAVILA

Rolul lui Carol Davila în organizarea sistemului de ocrotire a sănătății publice din România este unanim recunoscut. Ca urmare a strădaniilor sale, în 1857 a fost înființată Școala națională de medicină din București, care peste un deceniu avea să se transforme în facultate de medicină. Doctorul Davila a condus, în 1862, lucrările de unificare a serviciilor sanitare din Țara Românească și din Moldova, administrația sanitară a României fiindu-i încredințată tot lui. Admirabila comportare a ambulanțelor românești în cursul Războiului pentru Independență din 1877—1878 se datorește și neobositelor eforturi desfășurate de Davila pentru dotarea și instruirea serviciului sanitar militar.

Obîrșia acestui eminent medic și organizator sanitar constituie și astăzi un obiect de dispută între istorici. Davila însuși declara că s-a născut la 8 aprilie 1828 în Italia, lîngă Parma. O legendă, difuzată cu persistență de unii descendenți ai săi, pretinde însă că părinții săi ar fi celebrul compozitor și pianist Franz Liszt și contesa Marie d'Agoult, militantă democrată și scriitoare destul de apreciată la vremea sa. Versiunea aceasta nu rezistă însă unei analize atente, măcar pentru considerentul că, la data nașterii lui Carol Davila, Liszt nu o cunoscuse încă pe doamna d'Agoult.

Este sigur însă că tutorele legal al lui Davila a fost doctorul Ange Guépin din Nantes, o personalitate proeminentă a mișcării socialiste franceze de la mijlocul secolului trecut. Așa se explică participarea studentului Davila la mișcarea revoluționară din 1848, ca și la acțiunile organizate ulterior de cercurile democrate, pentru a bara calea lui Ludovic Napoleon, ale cărui veleități de dictator începeau să se manifeste de pe atunci. Cu acest prilej, Carol Davila a și fost arestat.

Obținînd în 1853 titlul de doctor la Facultatea de medicină din Paris, el a decis să vină la București, unde a luat conducerea Spitalului ostășesc de la Mihai Vodă, în calitate de medic șef. Se pare că tînărul medic intenționa să rămînă doar cîțiva ani în Țara Românească, însă foarte curînd s-a simțit atît de legat de locurile și oamenii de aici, încît nu i-a mai părăsit, ci s-a devotat fără rezerve noii sale patrii.

Convingîndu-se că lipsa medicilor reprezintă principalul neajuns al serviciului nostru sanitar, Davila și-a concentrat preocupările în direcția creării învățămîntului medical superior românesc. A trebuit pentru aceasta să înfrunte multe adversități și să risipească multe prejudecăți. Școala națională de medicină din București trebuia să demonstreze capacitatea românilor de a-și asimila cele mai înalte cuceriri ale științei și de a se emancipa de sub dependența centrelor culturale mai vechi ale Europei. Avîntul pe care l-a luat știința noastră medicală în deceniile următoare a arătat că încrederea lui Carol Davila în virtuțile creatoare ale poporului nostru era pe deplin îndreptățită.

100 de ani de la moartea lui

NICOLAE ZUBCU-CODREANU

Numele lui Nicolae Zubcu-Codreanu s-a înscris cu cinste printre înaintaşii medicinii sociale din ţara noastră.

S-a născut în 1850, într-o familie de răzeşi. Printre strămoşii săi s-a aflat vestitul haiduc Codreanu, răzvrătitul şi apărătorul celor obidiţi. După absolvirea seminarului de la Chişinău, Nicolae Codreanu a studiat la Academia medico-chirurgicală de la Petersburg. Aici a luat legătura cu cercurile narodnice revoluţionare, primind sarcina să se ocupe de aducerea şi difuzarea în Rusia a materialelor ilegale tipărite peste graniţă. Pentru a se sustrage unei iminente arestări, Codreanu s-a refugiat în România, unde şi-a continuat studiile medicale. Concomitent, a început să desfăşoare şi o intensă activitate propagandistică printre colegii săi de la Facultatea de medicină din Bucureşti. În camerele internilor de la Spitalul «Colţea» s-a constituit un cerc socialist conspirativ, unde tinerii intelectuali discutau probleme fundamentale ale economiei şi culturii româneşti.

În timpul Războiului pentru Independenţă, Nicolae Codreanu şi-a oferit serviciile «Crucii Roşii», primind sarcina să organizeze un spital temporar lîngă staţia de cale ferată de la Stolnici. Curînd, află că este urmărit de organele Ohranei, motiv care l-a determinat să se refugieze la un prieten al său, militantul socialist Nicolae Russel, medic la Curtea de Argeş. Aici, starea sănătăţii lui Nicolae Codreanu s-a înrăutăţit; la 31 decembrie 1878, el a încetat din viaţă răpus de tuberculoză.

Studenţii, a căror conştiinţă politică s-a format sub influenţa nobilelor şi generoaselor idei profesate de Nicolae Codreanu, au adus o importantă contribuţie la afirmarea aspectului social în medicina românească.

MEDICINA ROMÂNEASCĂ în medalii

Multe dintre marile evenimente medicale românești din trecut au fost consemnate prin baterea unor medalii și plachete comemorative — semn al prețuirii unor activități demne de reamintit generațiilor următoare. Astfel, s-au înregistrat aproape o sută de momente importante referitoare la ctitorii de instituții spitalicești, aniversări ale vechilor așezăminte puse în slujba sănătății oamenilor, desfășurări de congrese științifice medicale, omagii aduse unor personalități și, mai ales, referitoare la consemnarea anilor de muncă științifică a fruntașilor medicinii românești.

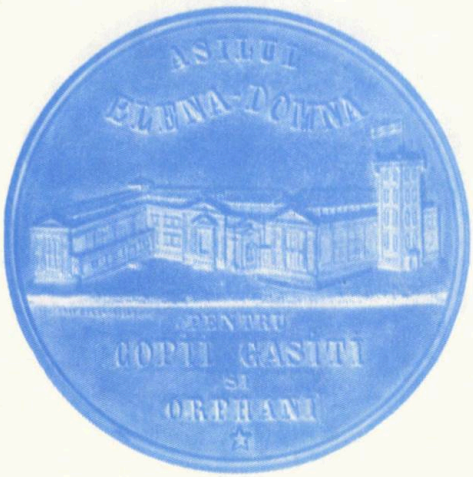
Reproducem cîteva dintre aceste valoroase documente încrustate în metal, contribuind astfel la rememorarea unor evenimente și a unor personalități care atestă prestigiul medicinii românești de la începutul secolului trecut și pînă în zilele noastre.

Instituții medicale

Cea dintîi medalie medicală românească a fost dedicată nașterii — primul contact al omului cu viața. În anul 1839, din inițiativa domnitorului Alexandru Ghica, s-a înființat la București, «în casele lui Ion Jianu, de lîngă poarta cea mare a mănăstirii Radului Vodă, lîngă apa Dîmboviței», un spital «pentru femeile sărace venite să se ușureze» — adică să nască. Această primă maternitate de la noi avea 12 cămăruțe și era condusă de un mamoș care «căuta lehuzele cu toată silința», ajutat fiind de o moașă, un stolnicel și o îngrijitoare de rufe. Întemeietorul și ocrotitorul așezămîntu-

INSTITUȚII MEDICALE

lui — Domnitorul Alexandru Ghica — a aprobat atunci baterea unei medalii comemorative, pe care se află scris: INSTITUTUL DE NASCERE SHI DE MOSHIT. S-A ORGANIZAT ÎN DOMNIA ÎNĂLȚIMII SALE PRINȚUL ALEXANDRU GHIKA. IULIE, 1839.



Din dorința și cu sprijinul direct al Doamnei Elena, soția lui Alexandru Ioan Cuza, în luna iulie 1862 s-a pus piatra de temelie a clădirii Azilului pentru copii găsiți și orfani, de la Cotroceni. Medalia bătută cu acest prilej ne înfățișează clădirea cu inscripțiile: ASILUL ELENA-DOMNA PENTRU COPII GĂSIȚI ȘI ORPHANI. FONDAT LA ANUL 1862, IULIE 29 DE M.S. DOMNA ELENA SOCIA DOMNITORULUI ROMÂNIEI ALESSANDRU IOAN I-U.

În anul 1750 a fost construit la Pantelimon, în apropierea capitalei, un ospiciu, care a fost refăcut în 1858 și apoi reconstruit din temelie, în 1868. Această ultimă dată a fost consemnată printr-o medalie pe care stă scris: OSPICIULU SF. PANTELEIMON REDICAT LA ANNU 1750 DE GRIGORIE GHICA VODĂ. RECONSTRUIT DIN TEMELIE 27 IULIU 1868 ÎN ȚILELE MĂRIEI SELE. De la această dată așezământul a fost denumit «Ospiciul Pantelimon».

INSTITUȚII MEDICALE

Studenții Facultății de medicină din București și-au sărbătorit profesorii, în iunie 1902, omagiindu-i, între altele, și cu o medalie, pe care au bătut inscripțiile: FACULTATEA DE MEDICINĂ BUCURESCI 1869—1902. STUDENȚII ÎN MEDICINĂ IUBIȚILOR LOR MAGIȘTRI ÎN SEMN DE RECUNOȘTINȚĂ. 1854. 1857. 1869. Ultimii ani menționați sînt cei ai începuturilor învățămîntului superior medical de la noi.

Stațiunea balneară Techirghiol a fost întemeiată în anul 1899, de către Ioan Movilă. După 25 de ani, în 1924, cînd stațiunea ajunsese cunoscută în toată Europa, s-a aniversat întemeierea ei, cu care ocazie s-a emis o medalie cu datele semnificative: XXV ANI DE LA ÎNTEMEIEREA STAȚIUNEI BALNEARE MOVILĂ-TECHIRGHIOL 1899—1924 20 SEPTEMBRIE.

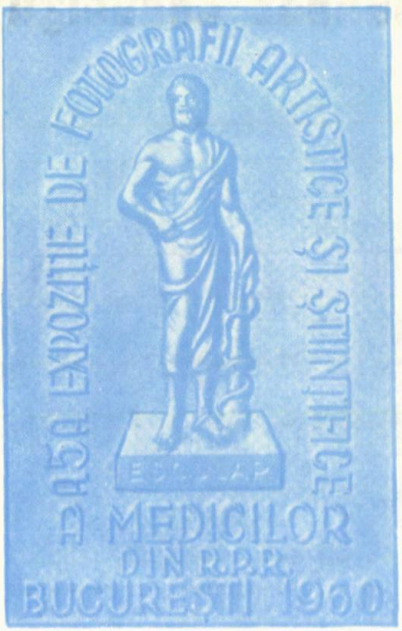
Hrisoavele spun că Safta Brîncoveanu, văduva marelui ban Grigore Brîncoveanu, a construit la București și a dat în folosință «un spital pentru bolnavi de tot felul, de orice nație, stare sau religie, fie bărbat, fie femeie, spital cu șase odăi mari pentru 60 de paturi și mai bine». Începutul s-a făcut cu «un hirurg, un ipohirurg, un preot, o îngrijitoare de rufe și un bărbier» (Spitalul «Brîncovenesc» de astăzi).

La împlinirea unui secol de la întemeierea acestui așezămînt s-a bătut o medalie comemorativă pe reversul căreia găsim următoarea inscripție: ÎN ANUL 1938 S-AU ÎMPLINIT O SUTĂ DE ANI DE LA ÎNFIINȚAREA AȘEZĂMINTELOR BRÂNCOVENEȘTI, CREȘTINEASCĂ AȘEZARE DE BINEFACERE PENTRU AJUTORAREA CELOR ÎN SUFERINȚĂ. 1838—1938.

Pentru activitatea depusă de doctorul C.I. Istrati, la înfiinţarea parcului de la Filaret (parcul Libertăţii de azi) şi la organizarea expoziţiei naţionale din 1906, din acest parc, au fost bătute două medalii: una din partea juriilor şi a expozanţilor şi cealaltă din partea colaboratorilor savantului, cu inscripţia: LUI C.I. ISTRATI — COLABORATORII SEI. ADMIRAŢIE STIMĂ ŞI MULTĂ DRAGOSTE PENTRU NEOBOSITA SA MUNCĂ — BUCURESCI 1906.

Între 10 şi 18 septembrie 1932 a avut loc la Bucureşti cel de-al nouălea Congres al Societăţii internaţionale de istoria medicinii. O medalie comemorativă consemnează evenimentul: AL IX-LEA CONGRES INTERNAŢIONAL DE ISTORIA MEDICINEI. BUCUREŞTI — ROMÂNIA 10—18 SEPT. 1932. Congresul a fost prezidat de medicul român Victor Gomoiu.

În anul 1924 s-a constituit la Bucureşti Societatea de radiologie şi electrologie medicală din România. La împlinirea a zece ani de activitate, s-a ţinut un congres la Bucureşti (26 octombrie 1934), cu care ocazie s-a bătut şi o medalie comemorativă: JUBILEUL DE 10 ANI AL SOC. DE RADIOLOGIE ŞI ELECTROLOGIE MEDICALĂ DIN ROMÂNIA 1924—1934. PRIMUL CONGRES NAŢIONAL DE RADIOLOGIE ŞI ELECTROLOGIE MEDICALĂ. 26—28 OCTOMBRIE 1934 BUCUREŞTI.



Societatea ştiinţelor medicale din R.P.R. a organizat la Bucureşti, prin cercul său de fotografi amatori — medici din toată ţara — cea de-a cincea expoziţie de fotografii artistice, în anul 1960. Pe o plachetă bătută cu această ocazie sînt menţionate datele respective: A 5-A EXPOZIȚIE DE FOTOGRAFII ARTISTICE ȘI ȘTIINȚIFICE A MEDICILOR DIN R.P.R. BUCUREȘTI 1960. SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE DIN R.P.R. SINDICATUL SANITAR BUCUREȘTI — CERCUL DE FOTOGRAFI AMATORI AL MEDICILOR.

MEDICI

Marele savant, profesorul doctor Ion Cantacuzino, a fost comemorat prin mai multe medalii şi plachete, printre care se află şi cea care datează din 1933, cînd s-a sărbătorit împlinirea vîrstei de 70 de ani. Această plachetă îl prezintă pe doctorul Cantacuzino lucrînd la microscop — cea mai răspîndită imagine a sa prin revistele medicale din ţară şi din străinătate.

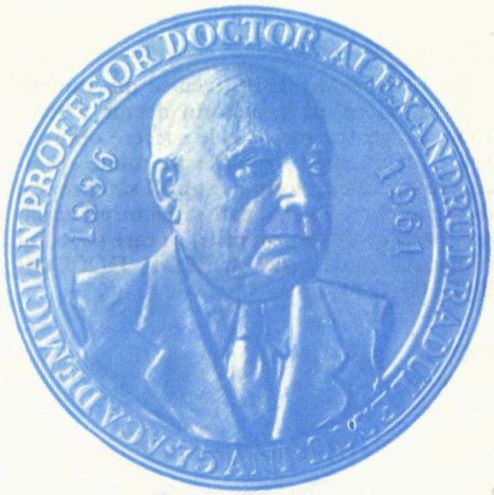
MEDICI

La 10 februarie 1910, medicii din capitală l-au sărbătorit pe profesorul doctor Thoma Ionescu, pentru marile sale succese obținute peste hotare, unde efectuase mai multe operații chirurgicale, folosind sistemul său propriu de anesteziere. La acea dată sărbătoritul împlinea vîrsta de 50 de ani, prilej cu care s-a bătut o medalie comemorativă: PROF. DOCTOR TH. IONESCU.

În memoria savantului de renume mondial, profesorul doctor Victor Babeș, s-au emis mai multe medalii comemorative. Dintre toate, cea mai reușită este aceea bătută în anul 1938, cu ocazia sărbătoririi a 50 de ani de la înființarea Institutului antirabic din București: PROFESORUL DR. VICTOR BABEŞ 1854—1926. INSTITUTUL DR. VICTOR BABEŞ — 50 DE ANI DE TRATAMENT ANTIRABIC. 6 MAI 1938.

La moartea medicului bacteriolog Alexandru Slătineanu (1873—1939) s-a bătut o medalie, reprezentînd figura acestuia în ultimii ani ai vieții, pe cînd activa ca profesor la Universitatea din Iași: PROFESOR DOCTOR ALEXANDRU SLĂTINEANU. PRIETENII, COLABORATORII ŞI ELEVII SĂI.

Cu ocazia centenarului nașterii profesorului doctor Gheorghe Marinescu, din inițiativa Consiliului Mondial al Păcii s-a bătut o medalie comemorativă: PROF. DR. GHEORGHE MARINESCU. 1863—1963. Pe revers, un citat al savantului: SUPREMA DATORIE A OMULUI DE ȘTIINȚĂ E SĂ SERVEASCĂ POPORUL SĂU.



Academicianul profesor Alexandru D. Rădulescu, chirurg de renume mondial, a fost sărbătorit la împlinirea vîrstei de 75 de ani. Medalia bătută cu această ocazie are următoarea inscripție: 1886—1961. ACADEMICIAN PROFESOR DOCTOR ALEXANDRU D. RĂDULESCU. 75 ANI. CHIRURGIE ORTOPEDICĂ ȘI TRAUMATOLOGIE 50 ANI.

În 1934, la sărbătorirea profesorului doctor Constantin Angelescu, autor al mai multor legi referitoare la învățămînt, este bătută o medalie realizată de sculptorul I. Jalea.

În anul 1928, împlinindu-se o sută de ani de la nașterea doctorului Carol Davila, s-a bătut o medalie: GENERALUL DOCTOR CAROL DAVILA CREATORUL ÎNVĂȚĂMÎNTULUI MEDICAL, FARMACISTIC, VETERINAR. 4 DECEMBRIE 1854.

Drept omagiu, profesorului doctor Francisc Rainer, în anul 1940, i s-a oferit de către colaboratori şi elevi o frumoasă medalie. Profesorul Rainer este socotit, pe bună dreptate, întemeietorul şcolii româneşti de antropologie.

La împlinirea a o sută de ani de la înfiinţarea şcolii de mică chirurgie de la Spitalul «Colţea», s-a bătut o medalie dedicată doctorului Nicolae Kretzulescu: NICOLAE KRETZULESCU 1812—1900.

Doctorul Victor Gomoiu a iniţiat înfiinţarea Societăţii române de istoria medicinii. La moartea sa (6 februarie 1960), prietenii i-au bătut o medalie: DOCTOR VICTOR GOMOIU (1882—1960). FONDATORUL SOC. ROMÂNE DE ISTORIA MEDICINEI.

În 1933 apare medalia doctorului D. Em. Paulian, pentru sărbătorirea merituoasei sale activităţi: DOCTOR D.EM. PAULIAN, 10 ANI DE ACTIVITATE CA MEDIC PRIMAR. 1923—1933.

ION MUNTEANU

progrese recente în BIOLOGIE

Biologia este — după cum arată numele — știința vieții, iar celula este elementul care stă la baza tuturor viețuitoarelor (om, animal sau plantă), de la cele mai mici, invizibile cu ochiul liber, la cele mai mari. Nu există viețuitoare care să nu fie constituite din celule. Corpurile inerte rămîn tot timpul în aceeași stare, nu se modifică nici ca formă, nici ca structură, în timp ce ființele vii se schimbă continuu, determinînd cele patru etape evolutive caracteristice: nașterea, creșterea, reproducerea și moartea. Acestea se repetă mereu, așa încît viața curge neîncetat, ca un rîu care nu se oprește niciodată din cursul lui.

S-a afirmat dă după dezvoltarea uluitoare a științelor fizico-matematice și a tehnicii, care a condus la cucerirea spațiului interplanetar și la descifrarea unor secrete ale imensului cosmos, va urma era biologică, cu descoperiri importante în biochimie, genetică și în cunoașterea mai amănunțită a microcosmosului celular și a vieții inframicroscopice.

PROTEINELE ȘI NUCLEOTIDELE constituie materialul de construcție a materiei vii, baza și suportul vieții, reprezentînd în același timp și trecerea de la o substanță chimică neanimată, la celulă și la viață. Nu există viețuitoare fără proteine și nucleotide.

Proteinele sînt macromolecule care se găsesc în celule, mai ales în citoplasma lor, precum și în componența hormonilor și a enzimelor sau fermenților. Privite cu microscopul electronic, se observă structura lor complicată, în formă de lanțuri mai scurte sau mai lungi, uneori răsucite.

Nucleotidele sînt substanțe chimice complexe, conținînd: acid fosforic, baze purinice sau piridinice, pentoze și proteine. Dintre nucleotide, rolul cel mai important revine acizilor nucleici, care intră în compoziția nucleilor și a ergonelor (substanțe cu rol în multiplicarea celulelor). Acești nuclei sînt acoperiți de o membrană care îi desparte de restul celulei, fiind considerați motorul celulei.

S-a crezut că microbii sînt ființe unicelulare lipsite de nucleu; de curînd însă s-a descoperit că înăuntrul lor există aglomerate de acizi nucleici, lipsite de membrană, dar care îndeplinesc toate funcțiile unui nucleu.

ERGONELE sînt fascicule nucleare cu însușiri de ferment și de enzimă, avînd un rol important în procesul de reproducere și de menținere a speciei. Două ergone sînt mai importante: acidul dezoxiribonucleic (ADN) și acidul ribonucleic (ARN).

ADN are o structură helicoidală în dublu lanț, care conține cuiburi de acizi nucleici, așezați într-o anumită ordine, după funcția pe care o îndeplinesc.

ARN este structurat tot în formă de lanțuri, dar mai scurte, avînd ca funcție importantă aceea de mesager, care se deplasează din nucleu în citoplasmă, la ribozom (minuscul organit studiat de Palade și numit de unii granula lui Palade), căruia îi transmite ordinul de a pregăti proteine de diferite forme, necesare generațiilor viitoare de celule. În acest mod se întreține perpetuarea celulelor și a ființelor vii, fapt care constituie, după cum s-a arătat recent, un principiu fundamental în biologie.

Să spicuim cîteva din multiplele descoperiri și realizări recente în biologie, care aruncă o lumină nouă în problematica acestei științe. S-a reușit să se sintetizeze în laboratoare bine utilate, multe din substanțele componente ale celulelor din țesuturi sau organe. Studiul cromozomilor a dus la sinteza genelor, care este o altă realizare a epocii noastre. Codul genetic, așa-zisul «calendar al multiplicării», a fost descoperit în celulele sexuale, chiar și în alte celule din organism, de către doi cercetători. Rolul ADN în menținerea și perpetuarea speciei s-a evidențiat printr-o experiență pe cît de greu de realizat, pe atît de convingătoare. Se transferă material ergonal de la un microb A, la altul B, acesta din urmă căpătînd unele însușiri noi caracteristice microbului de la care s-a transferat ADN. Dar, ceea ce este mai important, însușirile noi dobîndite se transmit la toate generațiile apărute ulterior; astfel, s-a creat un nou tip de microb hibrid cu însușiri mixte.

Unele cercetări au fost întreprinse în domeniul fecundației artificiale, cunoscute sub numele de INOVULAȚIE. Se fecundează «în eprubetă» celule sexuale masculine cu celule feminine și se formează un ou, desigur de dimensiuni microscopice; acesta, pus în condiții de mediu adecvate, evoluează, devine pluricelular și se mărește, iar cînd ajunge la stadiul de blastulă, se implantează în uterul matern (de la care a provenit ovulul), care îl va naște «la termen».

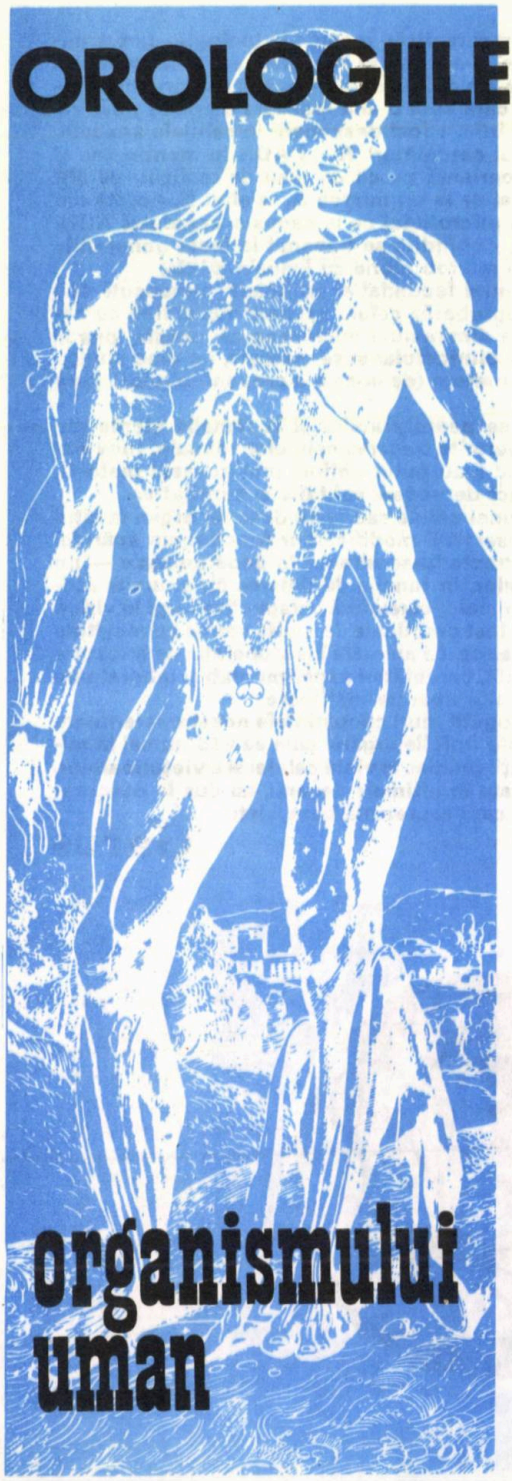
Inovulația, acest procedeu experimental, se poate practica și la femeile sterile din cauza stenozei accentuate a trompei, care nu permite trecerea celulelor sexuale. Inovulația poate avea și un rol important în zootehnie: s-au putut obține, prin această metodă, hibrizi cu proprietăți noi și importante din punct de vedere calitativ și cantitativ.

CLONAJUL este procedeul de înlocuire a unei celule sau țesut de la un organ la altul al aceluiași animal, oferind și posibilitatea observării modificărilor funcționale apărute. Inițial, experiențele s-au realizat pe broască, trecîndu-se ulterior la două animale — un donator și un primitor. Prin selectarea animalelor, în funcție de dotarea cu anumite atribute, se pot crea tipuri de animale cu însușiri speciale, care oferă perspective largi în viitor. La vegetale, aceste «implanturi» sau altoiuri au fost practicate de multă vreme cu rezultate bune, fără a necesita cercetări sau eforturi deosebite. La animale însă, operația de înlocuire a nucleilor sau a celulelor cere o tehnică avansată, cercetători experimentați și laboratoare perfecționate, înzestrate cu microscoape sau alte aparate măritoare.

Toate aceste experiențe și cercetări au îmbogățit mult cunoștințele noastre referitoare la celulele invizibile cu ochiul liber și la organite (micile organe care se văd numai la microscopul electronic), fiecare din ele avînd funcții precise în viața celulei și a viețuitoarelor. Noile descoperiri în domeniul biologiei, realizate în ultimele decenii, au dus la descifrarea unor secrete ale microcosmosului celular, care reprezintă baza vieții.

Garus

OROLOGIILE organismului uman



Ultimele decenii ale secolului nostru se remarcă în istoria ştiinţei prin apariţia de noi discipline specializate. Apare astfel bioritmologia, ca o ramură interdisciplinară, care abordează studiul ritmurilor biologice din multiple puncte de vedere.

Mediul în care se desfăşoară bioritmurile este timpul. Organismele vii au un remarcabil simţ al timpului; ele au capacitatea de a măsura intervalele de timp şi de a se orienta în timpul universal sau local. Ele dispun de «ceasuri» biologice cu o localizare în cele mai fundamentale aspecte ale celulelor («ceasuri» periferice celulare, reprezentate, probabil, de acizii nucleici), neexcluzîndu-se însă posibilitatea ca la mamiferele superioare şi om să existe şi unele ţesuturi sau organe specializate în măsurarea timpului («ceasurile» centrale reprezentate, probabil, de talamus, hipotalamus, formaţia reticulată) sau chiar prezenţa unor «ceasuri» homeostatice (ciclurile endocrine).

Bioritmurile sînt expresia unor fenomene foarte complexe ce se desfăşoară în organismul viu în raport cu particularităţile biologice ale speciilor şi cu factorii ecologici ai mediului ambiant, reprezentînd de fapt o adaptare spaţială şi temporală, multimilenară a organismului, capacitate care constituie una din condiţiile de supravieţuire a organismelor.

Exemplul păsărilor migratoare, prin exactitatea plecării lor, a uimit pe om dintotdeauna. «Calendarul» lor intern nu se lasă înşelat de eventualele schimbări neobişnuite ale mediului, startul plecării fiind dat în ciuda existenţei uneori a vremii frumoase, care nici pe departe nu anunţă sosirea iernii. Plecarea păsărilor migratoare reprezintă de fapt adaptarea organismului lor la condiţiile mediului, adaptare însuşită şi transmisă genetic sub forma unui «calendar» biologic, păsările posedînd un adevărat simţ al timpului, extrem de sigur.

Organismul uman posedă o structură genetică, ce include anumite componente capabile de o funcţie ritmică cotidiană sau sezonieră. Caracterul ritmic al activităţii biologice a organismului uman se manifestă în majoritatea ţesuturilor şi organelor, bioritmurile reprezentînd de fapt o formă de manifestare obiectivă a interrelaţiilor multiseculare dintre organism şi mediu, fiind în fapt consecinţa capacităţii materiei vii de a reflecta acţiunea factorilor obiectivi din mediul ambiant şi modificarea lor produsă cu o anumită periodicitate.

Biologii fac o distincție între bioritmurile externe (exogene) și cele interne (endogene). Ritmurile externe ar fi reprezentate de sincronizările funcțiilor organismului față de condițiile mediului ambiant (lumină, temperatură, factori atmosferici etc.), în timp ce ritmurile endogene ar reflecta frecvența naturală a biostimulatorilor, care lucrează spontan. Analizînd mai detaliat, se poate conchide că în realitate nu pot exista ritmuri pur «endogene», deoarece factorii mediului ambiant joacă, în ultimă instanță, un rol precis și determinant în stabilirea și modificarea oricărui bioritm.

Activitatea organismului uman, manifestată prin cele peste 40 de funcții, cunoaște nenumărate forme de bioritmuri. Unele bioritmuri numite **circadiene** *reprezintă modificările activității organismului în cursul celor 24 de ore. Un exemplu îl constituie temperatura organismului uman, care în ciuda existenței mecanismului de termoreglare poate fluctua în decursul celor 24 de ore, cunoscînd un minimum dimineața (36°C) și atingînd un maximum spre seară (37°C). Alternanța somn-veghe, în care starea vigilă nu reprezintă altceva decît întreruperea temporală a somnului, constituie un alt exemplu de ritm circadian. Starea de foame-sațietate, starea de sete, funcția digestivă, respiratorie, renală, sînt alte exemple de astfel de bioritmuri.*

Bioritmurile **nictemerale,** *legate de prezența nopții, sînt de asemenea cunoscute. În sprijinul existenței lor se invocă faptul că glucoza, ca și unele săruri minerale, sînt cel mai bine asimilate noaptea.*

Ritmurile **sezoniere** *sînt și ele dovedite. Astfel, influența ploii, zăpezii, nebulozității, vîntului, modificărilor presiunii atmosferice, radiațiilor calorice, ultraviolete și cosmice, electricității atmosferice, magnetismului terestru, gravitației asupra condiției fizice și psihice umane, stabilește adevărate paralelisme și sincronizări frapante între bioritmurile umane și între cele cosmometeorologice. Dealtfel, meteorosensibilitatea este o caracteristică absolut universală a materiei vii, de la care nu face excepție nici omul, în acest domeniu existînd o gamă infinită de variații reacționale individuale, fiecare individ reprezentînd un microunivers particular. Într-adevăr, unii oameni se vor dovedi mai sensibili la modificările de temperatură, alții la cele ale vîntului, umezelii, presiunii (exemplu, reumaticii sînt adevărații prevestitori ai vremii). Meteorofiziologia și meteoropatologia oferă numeroase exemple ce au depășit de mult stadiul observației empirice. Se cunoaște că activitatea unor glande endocrine (hipofiza, suprarenalele) prezintă o intensificare primăvara; de asemenea, creșterea copiilor în înălțime este mai mică iarna. În afara existenței bioritmurilor fiziologice există și ritmuri patologice (cronopatologia), rezultate fie din tulburarea bioritmurilor normale (suprasolicitarea), fie datorate anomaliilor intervenite în organismul bolnav. Dacă gripa și bolile infectocontagioase sînt cunoscute ca afecțiuni cu caracter sezonier, nu același lucru se poate spune despre alte situații patologice, unde recunoașterea bioritmurilor sezoniere este de dată mai recentă. Astfel, hipertensiunea, ca și unele boli cardiovasculare, prezintă o recrudescență sau exacerbare la începutul primăverii, cînd s-a constatat de fapt și o creștere a protrombinei, element esențial în producerea coagulării sîngelui. Ritmurile sezoniere sînt incriminate în activitatea cerebrală și psihică, influențînd direct sau indirect timpul de reacție, creativitatea, receptivitatea, imaginația, gîndirea, voința, starea afectivo-emoțională, inteligența și capacitatea de muncă a indivizilor. Sînt cunoscute, de asemenea, unele influențe nefavorabile, stresante, în producerea, declanșarea sau desfășurarea unor stări depresive sau nevrotice.*

Există bioritmuri **lunare,** *exemplu concludent constituindu-l bioritmul endocrin lunar al femeii. Cunoașterea acestui bioritm se dovedește extrem de utilă în stabilirea perioadei de fertilitate maximă sau în aplicarea unor tratamente hormonale. Alte ritmuri recunosc intervale de timp mai mari, întinzîndu-se pe ani, decade sau chiar mai mult.*

De menționat că nu numai factorii mediului natural, dar și factorii sociali au o influență asupra bioritmurilor organismului uman.

Cunoașterea bioritmurilor ca rezultat al interrelației organism-mediu oferă o apreciere judicioasă a rolului factorilor de adaptare, menținerea constantelor fiziologice ale organismului fiind concepută ca un cîmp de variație între limitele normale, unde se desfășoară fenomenele ritmice, care conferă în ansamblu starea de sănătate a organismului. Din conlucrarea factorului genetic, al vîrstei, sexului și bioritmului cu mediul, fiecare organism capătă o anumită individualitate, exprimată și în capacitatea sa de receptivitate față de boală și medicamente.

Cunoașterea bioritmurilor reprezintă o preocupare permanentă în vederea păstrării și promovării unei sănătăți fizice și mintale.

Conf. dr. Gh. Badiu

Institutul medico-farmaceutic
Tg. Mureș

HORMONI DE ZI ȘI HORMONI DE NOAPTE

Acad. Ștefan Milcu

Astăzi, în urma cercetărilor efectuate, nu mai încape nici o îndoială în legătură cu existența și funcția acestor hormoni. Istoria hormonologiei ne-a demonstrat că într-o primă etapă investigarea hormonilor s-a limitat la izolarea lor, la stabilirea formulei chimice, a sintezei și a mecanismului de secreție la nivelul glandelor endocrine. În ultimele două decenii, extinderea investigațiilor posibile prin dozarea lor chimică și radioimunologică a oferit nebănuite posibilități atît în clinică, cît și în experimentare. A fost astfel posibilă dozarea hormonilor în țesuturile secretoare, în sînge, urină și umori, cu o precizie care poate depăși, ca în cazul hormonilor de creștere, 1 nanogram. Și astfel s-au deschis noi capitole în fiziologia acestor substanțe hormonale, care ne-au permis să cunoaștem modul cum sînt transportate de la nivelul glandei secretoare la țesuturi destul de depărtate, cum sînt eliberate din legăturile de transport la nivelul periferiei, cum pătrund în celule, cum acționează asupra structurilor intracelulare, cum sînt metabolizate, inactivate și eliminate.

Un eveniment de o deosebită însemnătate și actualitate din acest vast domeniu al hormonologiei l-a constituit descoperirea secreției ritmice a hormonilor. Dozările repetate la ore diferite din zi și din noapte au pus în evidență existența unor variații cantitative ritmate pe ciclul lumină-întuneric și repaus-activitate.

Hormonul de creştere are astfel, la om, o intensitate mare la miezul nopţii şi una minimă în cursul zilei. Există deci un hormon de noapte, determinat de faza de repaus necesară refacerii rezervelor metabolice şi celulare. Secreţia acestui hormon este favorizată de prima etapă a somnului fiziologic. Numărul crescut al orelor de somn la sugar şi copil coincide cu perioadele de maximă secreţie ale hormonului de creştere, de asimilare şi formare a ţesuturilor în procesul de dezvoltare. Ne explicăm de ce somnul înainte de orele 24 este mult mai reconfortant pentru organism, în comparaţie cu cel din orele următoare, în care nu mai beneficiem de stimulul hormonului asimilator hipofizar.

În schimb, în cazul cortizolului — unul din hormonii secretaţi de corticala suprarenalei — situaţia este diferită. Cercetările efectuate au recunoscut că acest hormon are un minim secretor la mijlocul nopţii şi unul maxim în cursul dimineţii, începînd să scadă odată cu primele ore ale după-amiezii, după care îşi reia creşterea cantitativă spre orele 4—5 dimineaţa.

S-a născut astfel un nou capitol de mare interes teoretic şi practic, acela al ritmologiei hormonilor, care a impus o reconsiderare a dozărilor şi a timpului de administrare a hormonilor-medicament, în care trebuie să ţinem seama de ritmul lor în 24 de ore. Acest ritm a fost denumit circadian. Este deosebit de interesant să aflăm că unele ritmuri endocrine apar curînd după naştere, iar altele în decursul primei copilării. La om s-a constatat că ritmul cortizolului apare în jurul vîrstei de 1—3 ani, iar al hormonului de creştere încă din primele săptămîni de viaţă. Nu mai puţin semnificativă este modificarea acestor ritmuri cu vîrsta. Cercetările întreprinse în acest domeniu au arătat că după 70 de ani ritmul cortizolului se modifică şi scade în intensitate.

Dar în sistemul endocrin nu există numai ritmuri de 24 de ore (circadiene), ci şi ritmuri septenare, aşa cum se întîmplă în ciclul hormonilor ovarieni şi ritmuri sezoniere, ca în secreţia glandei tiroide. Acestea sînt însă ritmuri cu mecanisme mai complexe.

Descoperirea ritmului circadian a impus explicarea lui în legătură cu lumina şi întunericul, repausul şi activitatea omului şi animalelor. Experienţele făcute pe animale, care au fost supuse la lumină sau la întuneric permanent, au arătat că aceste ritmuri sînt perturbate pînă la dispariţie.

O confirmare a legăturii cu alternanţa zi-noapte şi repaus-activitate o constituie existenţa ritmurilor unui hormon necesar activităţii, cum este cortizolul, ale cărui ritmuri sînt diametral opuse la şobolani comparativ cu iepurii. Or, primii sînt animale cu activitate nocturnă, iar ultimii diurnă. Genul lor de viaţă, determinat de specie şi deci codat genetic, a impus pentru adaptarea la condiţiile de viaţă, ritmuri diferite pentru hormonii de activitate şi de repaus.

Se confirmă deci existenţa unor hormoni de zi şi de noapte, secretaţi după indicatori de timp riguroşi planetari, cu o configuraţie situată temporal în 24 de ore, ca o necesitate impusă de adaptarea la mediu. Constelaţia hormonilor de zi ne permite să desfăşurăm o activitate de ordin biologic şi social, necesară pentru existenţa noastră, în timp ce hormonii de noapte participă la refacerea rezervelor metabolice şi energetice consumate în cursul zilei şi la repararea ţesuturilor în permanentul lor ciclu de reînnoire.

METEORO sensibilitatea

Conf. dr. M. Barnea

Rolul influenței aerului, al schimbării vremii și al anotimpurilor asupra sănătății, bolii și chiar a morții oricărei viețuitoare, inclusiv a omului, a fost cuprins într-o concepție, valabilă în bună măsură și astăzi, de Hipocrate din Kos, părintele medicinii (secolul VI — IV înaintea erei noastre).

În principalele cărți transmise de la el, cum sînt: «Despre aer, apă și locuri», «Aforisme» și «Epidemii», Hipocrate se arată adînc cunoscător al influenței factorilor meteorologici asupra organismului uman.

«Cînd cineva sosește într-un oraș despre care nu știe nimic trebuie să caute să înțeleagă situația lui, adică modul cum este așezat față de vînturi și de răsăritul soarelui», sfătuiește Hipocrate într-una din aceste cărți. El arată în detaliu că toate bolile cunoscute în acea vreme, precum și starea de sănătate la orice vîrstă, se află sub influența fenomenelor meteorologice.

Concepția hipocratică despre biometeorologie a persistat și s-a fundamentat pe măsura progresului științific. «Cine cunoaște originea vîntului și a schimbării vremii acela știe de unde vin colicele și spasmele», a declarat Paracelsus cu aproximativ 2 000 de ani mai tîrziu. Galileo Galilei afirma acum 4 secole că «trăim pe fundul unui ocean de aer». Într-adevăr, după cum viețuitoarele acvatice au nevoie de apă, tuturor ființelor de pe sol (chiar și celor din apă) le este indispensabilă atmosfera, cu proprietățile ei favorabile. Orice viețuitoare suferă în intimitatea structurii și funcțiilor sale nu numai influențe legate de necesitatea aerului, respectiv a oxigenului, ci și de schimbările atmosferice din cursul zilei, al săptămînii și anotimpurilor, și se cunoaște astăzi, din recentele constatări făcute în urma sondajelor cu rachete cosmice, că primele condiții de existență a vieții pe o planetă sînt prezența atmosferei și a apei.

Este cunoscut de multă vreme că viețuitoarele înregistrează și chiar presimt schimbările atmosferice. În multe familii există chiar un «prevăzător» al schimbării vremii, care simte cu cîteva ore înainte dureri reumatice în articulații, o stare de somnolență sau alte modificări psihice, care-i schimbă comportamentul obișnuit. Această sensibilitate la schimbările vremii reprezintă o caracteristică generală a materiei vii. Toate ființele și toate celulele suferă influența factorilor atmosferici, dar în mod deosebit, anumiți indivizi și anumite organe, denumiți meteorosensibili și respectiv meteorotrope. Starea de boală favorizează această reacție de meteorosensibilitate.

Din istoria literaturii universale este binecunoscut modul de comportare al unor scriitori bazat pe o marcată meteorosensibilitate. Astfel, ni s-au transmis mărturii și declarații despre o profundă modificare a stărilor psihice în funcție de starea timpului la Jean Jacques Rousseau, Wolfgang Goethe, Friedrich Nietzsche, Alexandre Dumas și alții. Chiar inspirația poetică și caracterul creației lor erau dependente uneori de vreme. Aceasta este, se pare, o caracteristică a firilor artistice, al căror psihic este mai puternic influențat de factori externi. În mai mică măsură însă, toate persoanele sînt sensibile la schimbarea vremii.

Modul de răspuns este caracteristic fiecărei persoane. Din acest punct de vedere s-a ajuns la concluzia că există trei tipuri de meteorosensibili: unii care reacționează la încălzirea vremii, alții care reacționează la răcirea ei și a treia categorie, care reacționează la ambele feluri de schimbări ale vremii. În general, meteorosensibilii reacționează în funcție de structura sistemului lor nervos vegetativ și hormonal: cei calmi (cu predominanța sistemului parasimpatic) reacționează la cald, iar firile mai impulsive (cu predominanța sistemului simpatic) reacționează la rece. Dar această încercare de a delimita tipurile meteorosensibile numai după criteriile menționate nu traduce însă realitatea, care este mult mai complexă, iar oamenii mult mai variați în comportarea și răspunsul față de factorii meteorologici.

În prezent, influența oscilațiilor meteorologice asupra organismului sănătos și bolnav este recunoscută și apreciată în toate sectoarele medicinii și, în special, în anumite afecțiuni. Dar cauza principală a bolilor o constituie rareori un factor meteorologic, pentru care este necesar să atingă niveluri extreme, cum sînt gerul sau canicula, radiații solare puternice etc. În majoritatea cazurilor însă, factorii meteorologici intervin ca agenți ajutători în creșterea morbidității, cu deosebire pentru anumite boli, care sînt considerate că au un caracter meteorotrop. Numărul acestor boli este foarte mare. Cele mai expuse la influențele meteorotrope sînt bolile în care sistemului nervos și țesutul conjunctiv au de suferit de pe urma unor afecțiuni cronice. Reumatismul articular este boala cu cel mai larg meteorotropism recunoscut, iar autenticitatea corelației și chiar a capacității unor bolnavi de a prognostica schimbări ale vremii este confirmată în numeroase familii.

Dar și bolile acute sînt influențate de factorii meteorologici, după cum și arsurile sau alte inflamații înregistrează o agravare legată de unele schimbări meteorologice. Între diferitele boli se stabilește o repartiție sezonieră. Astfel, bolile digestive și dermatologice sînt mai frecvente vara, iar cele respiratorii și cardiovasculare iarna. În general, la noi, omul a devenit mai sensibil la frig, ca urmare a climatului în care predomină anotimpurile calde, reducîndu-i capacitatea de adaptare. De aici nevoia de a spori atenția pentru profilaxia acestor boli în perioada de iarnă.

W.F. Petersen, autorul care a făcut cele mai ample studii în acest domeniu, a arătat că nu numai bolnavii din toate domeniile patologiei, dar chiar și persoanele sănătoase pot fi influențate de factorii meteorologici. Aceasta se explică prin faptul că la schimbările de vreme se modifică comportarea leucocitelor (globulele albe ale sîngelui), este influențată viteza de sedimentare a hematiilor, se schimbă timpul de coagulare a sîngelui, suferă modificări secreția și metabolismul unor hormoni hipofizari, tiroidieni și suprarenalieni. Chimismul sîngelui și numeroase funcții celulare au arătat corelații dependente de unele schimbări de vreme. Schimbarea unei mase de aer rarefiat, caldă sau tropicală, cu o masă rece sau polară de aer dens, ca și schimbarea inversă, produce adevărate perturbații atît în atmosferă, cît și în organism. Cu cît sînt mai mari diferențele între două aspecte ale vremii și cu cît schimbarea este mai bruscă, influențele sînt mai puternice, mai brutale. Cunoscîndu-le din vreme, se pot lua măsuri adecvate de prevenire, de întărire a organismului, de apărare împotriva efectelor nocive prezumtive. Sînt țări care au introdus deja în practică difuzarea unor buletine medico-meteorologice.

Dar, după majoritatea specialiștilor, larga profilaxie împotriva influențelor biometeorologice constă în întărirea organismului, în călirea lui printr-o viață în aer liber, sport și activitate fizică. Apropiindu-ne de natură printr-un antrenament început încă din copilărie, evitînd cu grijă factorii nocivi, realizăm o armonie cu condițiile atmosferice de care depinde în esență sănătatea și viața omului, a tuturor viețuitoarelor.

Aspecte medico-sanitare în operele pictorilor sprijiniți de Carol Davila

Se știe că dr. Carol Davila (1828—1884) și-a cîștigat merite nepieritoare în organizarea serviciului sanitar militar și civil de la noi, în organizarea învățămîntului superior medical, în promovarea cercetării științifice, la înființarea de reviste și societăți de specialitate etc. Încurajarea și sprijinirea unor reprezentanți de seamă ai vieții literare și ai picturii sînt acțiuni mai puțin cunoscute, legate de numele doctorului Davila. Poetul Vasile Alecsandri îi scria de la Paris lui Davila, în 1867, următoarele: «Baligot mă înștiințează că publicația **Cîntecelor populare** este sfîrșită... Mi-ai face un mare serviciu trimițîndu-mi 6 exemplare din această lucrare... Termin, felicitîndu-te din toată inima, de a fi contribuit atît de mult la publicarea unei adevărate comori literare și te rog să primești o bună și sinceră strîngere de mînă din partea devotatului d-tale». După primirea volumelor, a căror cheltuială de tipărire o suportase Davila, poetul i-a declarat: «Este un obiect de artă, care face onoare imprimăriei lucrătorilor asociați și care, în același timp, e o probă vădită de bunul d-tale gust».

Davila l-a sprijinit materialiceşte și pe povestitorul și tipograful Petre Ispirescu, după cum a vegheat și mîngîiat pe poetul Dimitrie Bolintineanu în ultimele lui clipe pe patul de suferință de la Spitalul «Pantelimon».

În 1862, pe cînd Davila deținea și funcția de efor al Eforiei spitalelor civile, l-a însărcinat pe pictorul **Theodor Aman** (1831—1891) cu executarea portretelor fondatorilor spitalelor «Colțea» și «Pantelimon». Comanda primită de la Davila se materializează în șase tablouri în ulei pe pînză, reprezentînd pe spătarul **Mihail Cantacuzino** (executat în 1862), soția sa **Maria Cantacuzino** (1867), **Mihail Racoviță** (1863), eforii Spitalului «Colțea», **Grigore Ghica I** (1863), **Grigore Ghica II** (1863) și din nou **Grigore Ghica I** (1868), eforii Spitalului «Pantelimon». Pînze monumentale, lucrate cu măiestrie, ele au servit pe deplin scopului urmărit de Davila, cu toate că sînt lipsite de acea forță caracteristică portretelor realizate după modele vii, în care Aman s-a dovedit un neîntrecut creator. Și în biserica fostei mănăstiri Colțea, Aman a pictat pe spătarul **M. Cantacuzino** și pe soția sa **Maria,** după cum în biserica mănăstirii Pantelimon l-a pictat pe **Grigore al II-lea Ghica Vodă** (ambele biserici aflîndu-se în cadrul spitalelor respective).

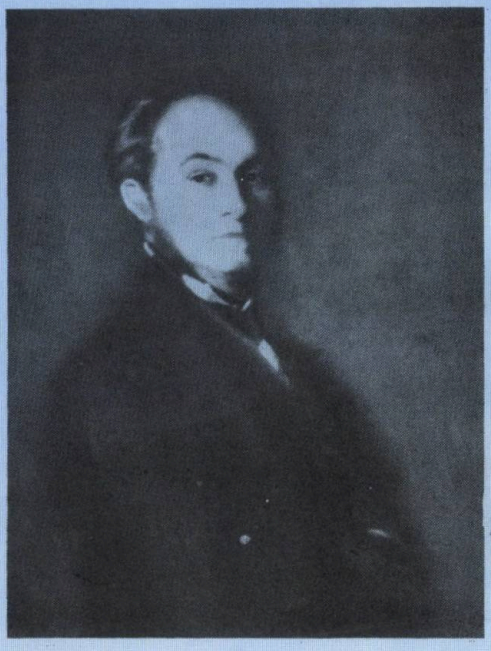
Pe Carol Popp de Szathmary (1812—1888), pictor al portului popular din cele mai diverse regiuni ale țării — adevărată monografie etnografică cu valoare documentară — l-a cunoscut îndeaproape Davila și împreună cu renumitul chimist Bernath Lendway au organizat la Viena, în 1873, standul românesc la expoziția internațională. Davila a prezentat aici, printre altele, un foarte frumos album de țesături și costume naționale, alcătuit de elevele azilului «Elena Doamna», a cărui organizare se leagă, de asemenea, de numele lui Davila. Printre exponate s-au mai aflat colecții privind industria casnică a olăritului, broderii artistice, ape minerale etc. Azilul «Elena Doamna», ale cărui eleve au lucrat, colectat, sortat și catalogat expona-

1. Spătarul Mihai Cantacuzino
(tablou de T. Aman)

2. Dr. Carol Davila
(pictură de N. Grigorescu)

3. Marele ban Năsturel Herescu
(tablou de N. Grigorescu)

1



2

3

Convoi de prizonieri (pictură de N. Grigorescu)

Dr. N. Kalinderu (desen de N. Grigorescu)

Serviciul sanitar român în Războiul pentru Independență (pictură de Sava Henția)

tele, a fost premiat și apreciat ca un institut model. Tot atunci apele minerale românești au primit, prin chimistul B. Lendway, medalia de aur, iar lucrările lui Szathmary s-au bucurat de o apreciere deosebită.

Pictor și fotograf domnesc încă din 1863, Szathmary, deși trecut de 65 de ani, a însoțit trupele române în campania de la 1877 și a avut prilejul să-și pună în valoare însușirile de desenator și fotograf. Ca «reporter cu pensula» a redat amănunțit ținuta și fizionomia soldaților infanteriști și cavaleriști, notînd și pozițiile ocupate de anumite unități, fără a le însoți pe linia de bătaie. Multe din lucrările sale de atunci au fost cumpărate de revistele străine **The Illustrated London News, Illustrierte Zeitung** etc. Chiar și ziarul «**Războiul**» din București publica ilustrații după desenele sale, prezentîndu-l ca «artist al curții și desenatorul mai multor ziare ilustrate din străinătate». Printre desenele și schițele ce voia să le publice într-un album intitulat «După trecerea Dunării», se găsesc și desenele **Transport de răniți la Plevna** și **Spital de răniți** (Șlep sanitar rusesc — 1877).

Participarea lui **Nicolae Grigorescu** (1838—1907) la Războiul pentru Independență a fost sugerată de șeful și organizatorul serviciului medical al armatelor române, dr. C. Davila, prieten și admirator al pictorului. Adesea îl primise Davila în locuința sa de la azilul «Elena Doamna», fiindu-i chiar pacient. La rîndul său, Grigorescu l-a pictat atît pe Davila, cît și pe membrii familiei.

În colecția Eforiei spitalelor civile de pe atunci s-au găsit și unele picturi-tablouri lucrate de Grigorescu, cum au fost **Grigore al IV-lea Ghica Vodă**, ctitor al Spitalului, «Pantelimon» și marele ban **Năsturel Herescu,** creatorul Școlii de mică chirurgie pentru felceri militari și «mădular al Eforiei spitalelor».

Considerat cel mai de seamă pictor român, după expoziția din 1873, Grigorescu a fost chemat urgent de la Paris printr-un mesaj transmis prin Davila, pentru a-și găsi împlinirea într-o pictură mobilizatoare, patriotică, în timpul războiului de la 1877—1878. Cutreierînd cîmpul de luptă într-o droșcă trasă de trei cai, pictorul a trăit alături de ostași, alături de suferințele și primejdiile războiului, descoperind în viața de front adevăratele temeiuri ale eroismului.

Amestecat în iureșul de la Griviția, Smîrdan, Opanez și Plevna, a prins figurile ostașilor împietrite de groază ori transfigurate de fericirea succesului, dar și trupurile istovite și fețele supte ale prizonierilor. Figurile simple și pline de amărăciune pentru nenorocirea nemeritată și indignarea în fața tragediei sînt redate cu multă fidelitate de Grigorescu în tablourile **Prizonierii turci, Prizonier turc** sau în cele peste 15 compoziții de **Convoaie de prizonieri.** «La fiecare pas — spunea un corespondent — zăceau prizonieri turci, luptîndu-se cu moartea, degerați. Mulți dintre călărețli și dorobanții care-i excortau căzură și ei, dormind somnul cel de pe urmă lîngă vrăjmașii din ajun».

«Bolnavi, pierduți, învinșii de la Plevna, înfofoliți în cele din urmă trențe, ciuruite de gloanțe, cu ochii în pămînt, pășesc încet prin zăpadă sub paza călărașilor de pe margini; cade cîte unul topit de osteneală, de frig și somn și unde-a căzut acolo a rămas; corbii flămînzi se țin după convoi și s-abat glonț asupra-i și-l încep de viu» (Al. Vlahuță). Însuși Davila, grav bolnav, scria: «...după scumpii noștri soldați trebuie să îngrijim pe turci. Acești sărmani se bat și ei pentru patria lor, pentru religia lor și este bine să le dăm exemplul carității... fiind o datorie de umanitate» (Elena Davila-Perticari).

Alte desene și schițe ne înfățișează **Morții de la Plevna, Cadavre în noroi pe stradele Plevnei, Turc mort** etc. «De jur împrejur — nota Grigorescu — numai morți, purtîndu-și uniforma muiată în sînge, alții despuiați, dezbrăcați de cei cărora le-a trebuit haina mortului, o pereche de cizme la un loc cu caii și boii uciși» (G. Oprescu).

De asemenea, sînt prezentate scene care înfățișează convoaie de căruțe cu «băjenari» după căderea Plevnei, dar și schițe reprezentînd pe **Medicul Vercescu,** șeful unei ambulanțe sanitare, pe **Dr. Kalinderu,** conducătorul Centrului spitalicesc de la Turnu Măgurele, **Personalul unei ambulanțe sanitare** etc.

De aprecierea și sprijinul lui Davila s-a bucurat și **Sava Henția** (1848—1904), ale cărui desene lucrate pe front în 1877—1878, aflate în Cabinetul de stampe al Bibliotecii Academiei R.S. România, reprezintă partea cea mai valoroasă din opera grafică a pictorului. Ardelean de origine, stabilit la București, era chemat de Davila să participe la campania independenței. Deoarece Henția contractase în timpul inundațiilor din 1863 o febră tifoidă, de pe urma căreia rămăsese cu o foarte pronunțată surzenie, Davila i-a pus la dispoziție următoarea circulară emisă de Secția sanitară a Marelui Cartier General, la 5.VIII.1877: «Domnul Hintzea Savu, profesor de desen și pictură la azilul «Elena Doamna» și Școala secundară din București, este atașat la Ambulanța Marelui Cartier General pe tot timpul resbelului. Rugăm dar pe toate autoritățile civile și militare să binevoiască a da ajutorul la care va avea trebuință pentru îndeplinirea misiei sale ca artist. Atragem deosebit atenția tuturor persoanelor care vor fi în relațiune cu dl. Hintzea că d-lui suferă de o surditate aproape completă și că această infirmitate pune oarecare greutate în relațiunile sale, însă știind carte orice persoană va putea coresponda cu d-lui în limba română. Asemenea vorbire încet dl. Hintzea înțelege foarte bine

după mișcarea buzelor». Șeful secțiunei — inspector general (ss) C. Davila.

Și în schițele și picturile lui Henția, elaborate în calitate de cronicar de război, aflăm scene și aspecte despre dramatismul acelor zile, deși ele sînt luate din spatele frontului, de pe cîmpul răscolit de tranșee și obuze, din tabere cu corturi sau din orașe bombardate. Picturile **Serviciul sanitar român în Războiul pentru Independență și Convoaie de prizonieri** aparțin tot lui Henția.

Prezent la Cabinetul de stampe al Academiei R.S. România cu patru caiete de schițe făcute între 1870—1873 și în războiul de la 1877—1878, pictorul **George Demetrescu-Mirea** (1852—1934), fost elev al Școlii de medicină înființată de Davila și student al Facultății de medicină, s-a bucurat, de asemenea, de prețuirea acestuia, care l-a recomandat să facă parte din grupul de pictori corespondenți pe front în campania Războiului de Independență.

Cîte alte personalități ale vieții noastre științifice și culturale ori medicale nu i-au datorat lui Davila aprecierea și prețuirea de care s-au bucurat și se bucură încă?!

C.I.Bercuș

Imn pentru „Oștirea albă"

Spre voi mă-ndrept cu laude pe buze,
«Oștire albă» — medici minunați,
voi, care-atunci, în orele confuze,
ne-ați fost alături, și părinți, și frați.

N-avem în grai atîtea temeinice cuvinte,
în ele să cuprindem elanul generos
cu care-ați stat de veghe, cu sufletul fierbinte,
la căpătîiul celor desprinși de sub moloz.

A fost o bătălie de crunte nopți și zile,
pe care-ați cîștigat-o salvînd atîtea vieți,
încît veți fi de-a pururi, în cîntece umile,
slăviți cu tot avîntul de-ai patriei poeți.

«Ostași în alb» ai păsnicei armate,
cu flori de versuri ne-ndreptăm spre voi,
să vă păstrăm în inimi eforturile toate
și gesturile calme de anonimi eroi.

Rămîie deci prin veacuri gigantica-ncleștare,
cu moartea, cu durerea — cel mai înalt îndemn,
pe care schimbul vostru din vremuri viitoare
mereu să-l aibă-n față și să-l urmeze demn...

THEODOR MARICARU

Actualități în PATOLOGIA infecțioasă

● Conf. dr. AL. DUMINICĂ ●

Medicina modernă a înregistrat remarcabile succese profilactice, de diagnostic și terapeutică a bolilor infecțioase, ca urmare a cercetărilor perseverente, efectuate de oamenii de știință în ultimul timp. Progrese cu totul remarcabile s-au făcut în prevenirea și combaterea bolilor infecțioase și a celor transmisibile.

Dar pentru a preveni bolile transmisibile, s-au făcut eforturi în vederea identificării agenților cauzatori ai acestor boli. Astfel, Pasteur a arătat originea lor microbiană. Începînd cu anul 1873, anul descoperirii microbului dalacului (antraxului) de către R. Koch, se deschide o nouă eră în acest domeniu. La început descoperirea agenților cauzatori ai bolilor a avut o alură impetuoasă. Numai în decurs de un deceniu de la prima descoperire a lui R. Koch, s-au izolat și descris: stafilococul, bacilul tuberculos (R. Koch, 1882), vibrionul holeric (1883) etc. Dar cercetările pentru identificarea germenilor cauzatori ai bolilor transmisibile au continuat. Dacă în anul 1925 se cunoșteau numai 20 de specii de salmonele, germeni care în majoritatea lor produc boli digestive, astăzi acestea au depășit cu mult cifra de 1 200. Pe de altă parte, virusurile care produc îmbolnăviri ale aparatului respirator (de la guturai și pînă la gripă) depășesc astăzi cu mult apreciabila cifră de 100 de tipuri.

Aceste exemple demonstrează că lupta antiinfecțioasă devine din ce în ce mai eficientă, creînd specialiștilor posibilitatea de a descoperi noi arme terapeutice și de prevenire a bolilor infecțioase.

Ca dealtfel în întreaga patologie, diagnosticul bolilor infecțioase prezintă o deosebită importanță; el se axează pe o strînsă colaborare între corpul medico-sanitar și întreaga colectivitate. Un diagnostic corect și precoce garantează succese viitoare importante, bolnavul beneficiind de un tratament adecvat, înainte ca în organismul său să se fi realizat leziuni, dintre care unele cu caracter ireversibil. Pe de altă parte, precocitatea diagnosticului apără colectivitatea de îmbolnăvire, fie că avem de-a face cu un focar localizat, fie cu o veritabilă epidemie.

În medicina modernă, stabilirea unui diagnostic are în vedere, în afara examenului clinic, efectuat cu grijă și competență, și investigațiile de laborator. În bolile infecțioase, toate examenele care concură la precizarea diagnosticului trebuie adunate cu cea mai mare urgență. Așa, de exemplu, stabilirea precoce a diagnosticului de meningită, în special meningita purulentă, are importante implicații în salvarea bolnavului. Întîrzieri de cîteva ore se pot solda cu accidente, uneori foarte grave.

Astăzi, tratamentul bolilor infecțioase nu mai prezintă o problemă; în enorma diversitate de medicamente antiinfecțioase (antibiotice și chimioterapice) se impun, de necesitate, anumite măsuri cu privire la folosirea lor. Ele nu pot fi administrate decît la

recomandarea medicului, deoarece o folosire incorectă și nejudicioasă a antibioticelor duce la rezistența, din ce în ce mai frecventă, a germenilor față de ele. De aceea, se impune ca antibioticele să fie administrate numai în acele boli care sînt cauzate de microbi sensibili la antibiotice. Folosirea lor, în alte condiții, este irațională și periculoasă.

Un lucru deosebit de important, pe care trebuie să-l cunoaștem, este potențialul antibioticelor de a genera accidente, uneori deosebit de severe, dacă acestea sînt folosite incorect și intempestiv. Astfel, unele din aceste prețioase medicamente pot da leziuni renale, hepatice, ale sistemului nervos central, ale nervilor cranieni etc. Uneori, afectările acestor organe sînt foarte severe, iar alteori ireversibile. Acesta este cazul streptomicinei, care, folosită incorect, duce la surditate.

Cînd antibioticele sînt administrate în primele luni de sarcină, embrionul poate fi victima unor acțiuni toxice. De aceea, viitoarele mame trebuie să știe că folosirea unui antibiotic, fără aviz medical, poate duce la grave malformații ale copilului pe care și-l doresc.

In plus, trebuie să mai adăugăm că antibioticele folosite în mod abuziv dau fenomene de sensibilizare, care pot genera accidente foarte grave și adesea mortale, în momentul în care sînt refolosite.

Pentru prevenirea răspîndirii bolilor infecțioase, bolnavul este dator să informeze asupra contactelor pe care acesta le-a avut: în familie, grădiniță, școală, loc de muncă etc. El trebuie să coopereze permanent cu personalul medical, pentru anihilarea căilor de transmitere a germenilor. Aceasta se realizează printr-o igienă perfectă a locuinței, igienă personală, igiena alimentației, dezinfecția apei și îndepărtarea reziduurilor sau a produselor patologice provenite de la bolnav, care sînt veritabile surse de infectare ulterioară. Să nu se ignore nici rolul de vector al mușteloor sau al unor paraziți (păduche, purice etc.).

Un adjuvant deosebit de valoros pentru prevenirea bolilor infecțioase îl reprezintă profilaxia specifică, care este realizată prin folosirea de vaccinuri inactivate și vaccinuri vii, precum și imunizarea pasivă cu gamaglobuline. Așa, de exemplu, administrarea de gamaglobuline standard în doză adecvată în primele 4 zile de la contactul de rujeolă duce la îndepărtarea bolii; folosirea după acest interval, dar în aceleași doze, nu mai poate împiedica rujeola, dar o va atenua deosebit de mult. De asemenea, hepatita acută virală de tip A și cea de tip B (transmise pe cale neparenterală) beneficiază de profilaxia cu gamaglobuline standard, dar în doze mai mari.

Astăzi, o serie de boli infecțioase au fost eradicate: malaria, de exemplu, a fost eradicată încă din anul 1961 (metoda românească a fost însușită de către Organizația Mondială a Sănătății). Tetanosul, boală de o gravitate deosebită, datorită imunizării organizate cu anatoxină tetanică este practic inexistentă. Eventualele cazuri de tetanos, care mai apar, sînt consecința neefectuării imunizării cu anatoxină. Același lucru se poate spune și despre difterie, boală la fel de gravă.

Imunizările cu vaccinuri vii sau inactivate au dus și ele la rezultate profilactice remarcabile. Astfel, poliomielita, boală severă prin urmările ei, este — datorită folosirii pe scară largă a vaccinului antipoliomielitic atenuat — pe cale de dispariție.

La rezultate profilactice remarcabile a dus și vaccinarea antirujeolică. Milioane de ființe umane, copii în special, au fost salvați de această boală severă și, mai ales, de complicațiile ei.

O problemă de mare actualitate o reprezintă hepatita acută virală. Mecanismele de îmbolnăvire sînt astăzi binecunoscute. La fel de binecunoscute sînt și metodele de luptă împotriva căilor de transmitere. Punerea în evidență a antigenului de suprafață a deschis noi orizonturi în profilaxia hepatitei virale acute, cauzată de virusul B.

Difteria, boală extrem de gravă altădată, în prezent este practic eradicată, fie prin imunizarea activă cu anatoxină diferica, fie prin sterilizarea cu antibiotice a purtătorilor de bacili difterici. Același lucru se poate spune și despre febra tifoidă, care cunoaște un mare regres, datorită în mod sigur condițiilor de sanitație și a terapiei antiinfecțioase.

Dar pentru prevenirea bolilor infecțioase, elementul cel mai valoros îl reprezintă educația sanitară, care a devenit un bun al întregii colectivități. Ansamblul realizărilor medicinii moderne și, în special, din domeniul bolilor infecțioase, oferă încredere în viitor, în lupta dîrză și permanentă antiinfecțioasă.

VIROZELE respiratorii și complicațiile lor

Prof. dr. doc.
V. MAXIMILIAN
dr. V. VEVERA

Spitalul clinic „Fundeni"

Odată cu schimbările bruște de temperatură și mai ales în cursul zilelor ploioase și friguroase de toamnă și iarnă, își fac apariția o serie de îmbolnăviri ale căilor respiratorii, numite «răceli», «guturaiuri» sau «stări gripale», care pot fi determinate atît de virusuri, cît și de multe alte microorganisme.

Majoritatea virozelor respiratorii au o simptomatologie asemănătoare unei «gripe ușoare»: dureri de cap, dureri musculare (mialgii), guturai, răguşeală, febră, care se manifestă cu o intensitate variabilă, în funcție de caracteristicile fiecărei grupe de virusuri care determină boala. Destul de des apar și suferințe evidente din partea aparatului respirator: o tuse iritativă și supărătoare, de cele mai multe ori neînsoțită de expectorație; de asemenea, poate apărea un junghi toracic, mai mult sau mai puțin discret. Severitatea manifestărilor este determinată de natura agentului cauzal virotic. Există, de exemplu, o grupă de virusuri care pot produce uneori și o creștere de volum a ganglionilor latero-cervicali sau o secreție abundentă de lacrimi, cauzată de o conjunctivită asociată. Altele însă se însoțesc de unele fenomene digestive.

Toate aceste viroze respiratorii, atît de variate în ceea ce privește manifestările lor (de la un banal guturai pînă la pneumonii sau bronhopneumonii interstițiale severe) sînt provocate de agenți patogeni (virusuri) de foarte mici dimensiuni, care nu pot fi evidențiați decît cu ajutorul microscopului electronic. O particularitate caracteristică tuturor acestor virusuri (microorganisme) este aceea că nu pot trăi și nu se pot reproduce decît în interiorul unor celule vii. Astfel, virusurile au posibilitatea de a supraviețui suficient de mult timp în materialul celular din secrețiile nazale, bronșice și lacrimale ale celor care prezintă infecția, devenind contagioși. Această supraviețuire este favorizată în special de umiditatea și temperatura caldă a mediului în care se dezvoltă. În felul acesta, un bolnav poate contamina prin sărut, strănut, tuse sau expir forțat. Picăturile astfel eliminate plutesc în aer și pot pătrunde prin aspirație în căile respiratorii ale altor indivizi. În plus, aceleași secreții de pe mîinile sau batistele bolnavilor pot fi și ele contaminante în mod indirect.

În afara virusurilor propriu-zise, un tablou asemănător îl produce un microorganism particular, numit *Mycoplasma pneumoniae*. Acesta determină frecvent pneumonii interstițiale. Dar spre deosebire de celelalte virusuri, el poate trăi și autonom, neavînd nevoie de medii celulare în care să persiste și să se multiplice.

Guturaiul (coriza acută) este o boală produsă de rinovirusuri, care poate fi transmisă de la un individ la altul. Din categoria rinovirusurilor fac parte cel puțin 80 de tipuri de microorganisme de dimensiuni dintre cele mai mici. Guturaiul începe cu senzația de uscăciune a mucoasei nasului și a fundului gîtului (faringită), urmată de o secreție nazală și adesea lacrimală. La început apoasă, devine apoi mucopurulentă. De asemenea, uneori poate exista răguşeală (laringită), senzație de arsură în capul pieptului (traheită), cu tuse ușoară; sînt prezente dureri de cap, dureri musculare, iar temperatura poate să crească puțin. Guturaiul se vindecă de la sine în cîteva zile, însă poate declanșa o agravare certă a bolnavilor de bronșită cronică.

Înrudite cu rinovirusurile sînt enterovirusurile, responsabile de apariția *enterovirozelor*. Aceste microorganisme produc îmbolnăviri mai puțin legate de factorii de mediu. De aceea, apar epidemii în afara sezonului rece, mai ales primăvara și la începutul toamnei. În aceste forme, guturaiul, faringita și laringotraheita sînt mai discrete, iar leziunile de pneumonie interstițială sînt foarte rare. Febra este prezentă; de asemenea, cefaleea și fenomenele gastrointestinale (scaune diareice, dureri abdominale). Dintre enterovirusuri, unele produc dureri musculare foarte puternice, nevralgii (mai ales intercostale), iritații pleurale. Mai rar apar complicații cardiace, meningeale sau meningoencefalitice, zgomotoase și alarmante, dar care, în majoritatea lor, se vindecă fără urmări.

Adenovirozele sînt produse de adenovirusuri, care determină afecțiuni asemănătoare. Se descriu peste 30 de subtipuri. Epidemiile apar de predilecție toamna. Răsunetul general al bolii este același: febră (moderată), dureri de cap și musculare, însoțite de o pronunțată senzație de oboseală. Guturaiul este discret sau lipsește; în schimb, întîlnim faringita și afectarea mucoaselor oculare (conjunctivita), uneori cu urmări neplăcute, precum și mărirea ganglionilor. La nou-născuți și copiii mici, unele subgrupe din categoria adenovirusurilor pot determina o traheită violentă, cu tuse spastică, chintoasă, simulînd tusea convulsivă. Peste 30% din adenoviroze prezintă și pneumonie interstițială, tradusă prin tuse uscată și junghi toracic discret. Asemenea focare pneumonice se întîlnesc numai la nou-născuți și copiii mici; la adulți boala este blîndă și fără urmări. Uneori se poate complica cu insuficiență pulmonară, respirație dificilă, cianoză. Fenomenele sînt mai severe cînd pneumoniile virotice se suprainfectează bacterian.

Pneumonia interstițială este o altă viroză respiratorie, care se datorește unui microorganism numit *Mycoplasma pneumoniae*. Se întîlnește mai frecvent către sfîrșitul verii. Afecțiunea este de obicei blîndă (chiar dacă durează uneori și peste 3 săptămîni) și nu produce epidemii importante. Febra este moderată (în jur de 38°), însoțită de tuse uscată sau cu expectorație redusă, dureri toracice, musculare și articulare.

Majoritatea virozelor menționate evoluează fără să altereze prea mult starea generală, în special la adulți.

Excepție fac *virusurile gripale*. Ele se împart în mai multe tipuri. Pentru om au importanță virusurile A, B și C. Acesta din urmă, deși produce frecvent infecții, adesea trece neobservat de bolnav. În schimb, virusul A are o însemnătate epidemiologică majoră. Prezintă numeroase subtipuri, diferențiate prin teste speciale. Se știe că gripa adevărată apare rar sporadic; de obicei dă epidemii mari, pandemii. Deși înrudite, virusurile paragripale sînt mai blînde și afectează predominant nou-născuții, care fac bronșite, uneori cu caracter bronhospastic, rareori adevărate pneumonii interstițiale.

Epidemiile gripale produse de virusul A și subtipurile acestuia au fost foarte zgomotoase și uneori dramatice. Denumirea acestor subtipuri a fost legată adesea de aria geografică din care a izbucnit epidemia: virusul gripei spaniole, virusul gripei asiatice, virusul Hong-Kong etc. Epidemia din 1918—1919 (virusul gripei spaniole) a produs extrem de numeroase victime, rămînînd ca una din cele mai severe îmbolnăviri în masă din timpurile moderne.

Gripa se deosebește de toate celelalte viroze respiratorii și sub raportul gravității. Ea debutează totdeauna brusc, solemn, cu frison și stare generală de la început alterată. Bolnavul are dureri de cap violente, febră mare. Tensiunea arterială are tendința să scadă, pînă la leșin sau colaps. Simptoamele nervoase sînt și ele prezente, uneori putînd să apară meningoencefalita gripală.

Epidemiile de gripă nu sînt strict dependente de sezon, însă majoritatea pandemiilor au debutat în primele luni de iarnă și au durat pînă la instalarea definitivă a primăverii. Pentru fiecare din tipurile gripale, precum și pentru subtipurile de virus, organismul produce anticorpi, în scopul de a se apăra. Mai mult, aceștia oferă imunitate, dar *numai* față de subtipul respectiv. De fiecare dată însă, epidemiile au fost produse de cîte un nou subtip, față de care omenirea nu era imunizată. Din aceste motive, vaccinurile antigripale sînt mai puțin eficiente. Ele ar trebui preparate pentru subtipul care va produce epidemia, însă acesta nu este cunoscut decît în momentul izbucnirii epidemiei și pînă la prepararea vaccinului în cantități mari, boala se extinde cu rapiditate. Bolnavii sînt adesea contagioși încă înainte ca boala să se manifeste.

Gripa dă numeroase complicaţii severe, mai ales la oameni în vîrstă, copii, la cei debilitaţi, alcoolici şi la bronhopulmonarii cronici. Pot apărea focare bronhopneumonice multiple, localizate interstiţial, traduse prin marcată sete de aer, cianoză (colorare vînăt-albăstruie a buzelor, feţei, nasului, degetelor), tuse iritativă cu expectoraţie redusă, adesea striată cu sînge, complicaţie gravă, dar din fericire destul de rară. Se adaugă adesea leziuni toxice cardiace, uneori mortale. Sînt şi cazuri cînd afectarea pulmonară gripală iniţială se suprainfectează bacterian cu pneumococi, streptococi şi, mai ales, stafilococi. Sputa bolnavilor devine abundentă, ruginie sau net purulentă, febra creşte mult şi se însoţeşte de frisoane repetate. Starea generală se alterează progresiv şi rapid în absenţa unei terapii antibacteriene energice. Aşa după cum am mai amintit, există şi riscul leziunilor meningoencefalitice gripale.

Pentru prevenirea virozelor respiratorii este necesar să protejăm organismul împotriva frigului şi a umezelii, prin îmbrăcăminte corespunzătoare, încălzire igienică şi repartizată în mod egal în toate încăperile, evitarea pe cît posibil a unui climat neprielnic. Asemenea măsuri se adresează în special persoanelor cu susceptibilitate crescută faţă de virozele respiratorii: copiii şi bătrînii, care se îmbolnăvesc mai uşor, în special cu virusuri gripale A şi paragripale. Virusul gripal B afectează mai mult copiii şcolari şi adulţii tineri, care fac mai uşor adenoviroze. La fel de sensibili la virozele respiratorii sînt şi bolnavii bronhopulmonari (marii fumători!), cardiaci, hepatici, renali, diabetici, ca şi alcoolicii cronici. Aceştia nu numai că se îmbolnăvesc mai frecvent, dar fac şi afecţiuni mai grave, cu numeroase complicaţii.

Este necesar ca cei predispuşi să folosească mijloace de călire: fricţionări cu prosopul aspru înmuiat în apă rece, gimnastică, sport, plimbări în aer curat. Se vor evita eventualele boli predispozante: faringite cronice, sinuzite, bronşite; se va interzice fumatul. Alcoolul nu are nici un rol în prevenirea virozelor, după cum eronat se consideră de unii, ci chiar le agravează.

E bine să se ştie că profilaxia tinde să limiteze răspîndirea virozelor. În perioadele epidemice, mai ales gripale, trebuie evitate aglomeraţiile, frecventarea sălilor de spectacol şi contactul cu persoane bolnave.

Tratamentul virozelor respiratorii, în general, este foarte simplu. Cele mai multe cazuri se tratează prin repaus în camere încălzite, evitînd diferenţele de temperatură. Medicamentele sînt necesare doar pentru a combate unele simptoame ca, de exemplu, temperatura crescută, în care caz se folosesc antitermice (aspirină, paracetamol, acalor). O atenţie deosebită trebuie acordată apariţiei conjunctivitelor determinate de adenovirusuri, deoarece deşi de cele mai multe ori benigne, ele necesită totuşi un examen şi o urmărire din partea oftalmologului. Terapia cu antibiotice (penicilină, streptomicină etc.) sau sulfamide nu este indicată, deoarece nu acţionează asupra virusurilor. Ele se vor folosi numai atunci cînd apar suprainfecţii bacteriene, bineînţeles cu avizul medicului.

Cazurile grave, apărute la copii, vîrstnici sau la cei sensibili la virozele respiratorii care fac mai uşor complicaţii, necesită o atenţie deosebită şi o îngrijire medicală de specialitate.

plămînii ne cer ajutor!

Plămînul, ca și inima, este un organ vital. Fără funcționarea lui normală, viața nu este posibilă. Prin vasta rețea de conducte, din care este format plămînul, aerul este inspirat în acest imens compartiment de oxigenare a sîngelui. Odată cu aerul, milioane de microbi și nenumărate particule de praf, fum și alte substanțe sînt aspirate în plămîn. Concluzia la care s-a ajuns în urma unor cercetări estimative referitoare la cantitatea de materii străine introduse prin aerul inspirat în plămîni este: aproximativ 7 kg în cursul unei vieți la persoanele care trăiesc în mediul rural, 10—11 kg la cele din mediul urban, pînă la 30—35 kg pentru un miner. V-ați întrebat vreodată cum reușește să se apere plămînul de această imensă avalanșă de corpuri străine, dintre care o mare parte o formează microbii? Cum reușește să-i neutralizeze, să îndepărteze și să mențină curate conductele aeriene și încăperile de aerisire? Ce forță uriașă lucrează continuu, neobosit filtru, ce curăță și sterilizează sute de metri cubi de aer anual? Ce miracol se întîmplă în intimitatea plină de mistere și de forță? Misterul este un fenomen imunologic, iar forța o dă armonia unei perfecte echilibrări biologice. Omul de știință este capabil să răspundă simplu: la agresiunea zilnică la care este supus plămînul se opune prin:

— **Bariera bronșică,** formată dintr-o pătură de mucus fin, secretat de celulele caliciforme și glandele ce se găsesc în peretele bronhiei. O pătură foarte fină de cili (ca o perie în continuă mișcare) împinge mucusul de care se prind microbii sau particulele de impurități din străfundurile plămînilor spre exterior. Apoi, prin reflexul de tuse, acest mucus este expulzat sub formă de expectorație, un lichid vîscos care conține numeroși fermenți, ce acționează slăbind învelișul diverșilor microbi pătrunși odată cu aerul și care se lipesc de mucusul bronșic. Tot în interiorul acestui mucus, uniform dispersate se găsesc imunoglobulinele (IgA, IgG, IgM). Aceste globuline cu rol de anticorpi sînt fabricate de organism, ca un răspuns la invazia microbiană pe care o suportă omul în cursul vieții. Acest „asalt" zilnic microbian se face, mai ales, prin plămîn.

Anticorpii sînt capabili să neutralizeze microbii, să-i facă inofensivi. Din toți acești anticorpi se pare că cel mai important rol de apărare locală l-ar juca IgA. Imunoglobulina A constituie prima linie de apărare a plămînilor împotriva microbilor și a virusurilor care pătrund în căile aeriene. Studii minuțioase au arătat că fumatul suprimă producerea de către organism a IgA, care se găsește în mod normal în secrețiile bronșice. Dozările de imunoglobulină A au arătat că ea este scăzută la bronșiticii cronici, ceea ce dovedește evidenta lor lipsă de apărare.

Microbii sau virușii care reușesc să scape de bariera imunoglobulinei A pătrund în/sau prin stratul de celule în profunzime. Ei întîlnesc imunoglobulinele G și imunoglobulinele M, care alcătuiesc cea de-a doua linie de apărare. Studii imunologice au arătat că imunoglobulinele G și M sînt și ele scăzute la bolnavii

care fac infecții repetate și la fumătorii inveterați. Aceeași evidentă scădere a tuturor anticorpilor se constată la bolnavii care fac timp îndelungat tratament cu cortizonice (Prednison, Superprednol sau preparate depôt — Volon etc.).

Infecțiile repetate și, mai ales, cele cronice, distrug pătura de cili care împinge, în mod normal, secrețiile spre exterior. Nemaifiind propulsate în afară, acestea se scurg în lumenul bronhiei, stagnează și constituie un mediu prielnic pentru înmulțirea microbilor. Eforturile de tuse repetate, chinuitoare, nu pot goli în întregime bronhiile de secrețiile infectate.

— **Bariera alveolocapilară.** Să presupunem că microbii sau micile particule de fum, praf etc. au scăpat totuși de prima barieră, ajungînd pe cele mai mici bronhii pînă la nivelul alveolelor. Se știe că alveolele, acești saci extrem de mici în care se fac schimburile gazoase (sîngele ia O_2 și cedează CO_2), sînt tapisate în interior cu un rînd de celule numite celule alveolare. Dintre acestea, unele mai voluminoase au proprietatea de a fagocita (de a înghiți) microbii sau particulele străine ajunse aici. Împotriva virusurilor, care evident sînt mai agresivi decît mulți microbi, macrofagele produc interferonul, o substanță proteică care împiedică multiplicarea virusurilor și duce în ultimă instanță la neutralizarea lor.

Acțiunea de apărare a macrofagelor alveolare este net inhibată de fumul de țigară, de cortizon, de anumite substanțe chimice iritante ale căilor respiratorii. Dovezile furnizate de îndelungi și minuțioase cercetări sînt prea evidente pentru a putea fi tăgăduite. Patru dușmani își dispută întîietatea, colaborînd în a sufoca lent, dar sigur, victimele. Aceștia sînt: microbii și virusurile; particulele iritante din aerul inspirat, urmarea poluării atmosferice; fumul de țigară și medicamentele cortizonice. Cel mai puțin periculos dintre toți este, se pare, factorul microbian. Împotriva microbilor, după cum am constatat, organismul are mijloace deosebit de specializate, care constituie de fapt sistemul propriu de apărare.

Poluarea atmosferică, apanajul vieții civilizate, îmbracă în unele centre industriale aspecte de-a dreptul dramatice. Ea constituie în multe țări o problemă de stat, iar pe plan mondial se află în centrul atenției unor organisme internaționale, care se ocupă cu sănătatea. Ceea ce ne stă în putință este să evadăm din cînd în cînd spre aer curat. Să căutăm acest prilej cît mai des cu putință. Gîndiți-vă că sistemul de apărare a plămînului are nevoie de cîteva zile de repaus, de „reînnoire a forțelor".

Nu există sistem de apărare natural care să nu fie inhibat de particulele de gudron și nicotina fumului de țigară. Nu există nici o scuză pentru fumători, după cum nu există încă un tratament eficace pentru bolnavul de plămîni fumător. Orice tratament trebuie să înceapă prin abandonarea fumatului.

Pe de altă parte, nu putem să nu insistăm asupra unei mari greșeli pe care o fac unii tușitori cronici atunci cînd își administrează un tratament îndelungat cu cortizon. Aplicat în afara recomandărilor medicale, abuzul de cortizon poate să ducă la o adevărată stare de invaliditate. Nu o dată asistăm la scene dramatice, cînd suferinzi de boli cronice ale plămînului prezintă stări de sufocare.

Înlăturați obstacolele care opresc plămînii flămînzi să soarbă oxigenul dătător de viață, înlăturați cei patru dușmani aprigi ai sănătății, vă stă în putere.

Disperați, PLĂMÎNII NE CER AJUTOR!

dr. Valentin Filip

FUMĂTORUL

Chiar la mine, la birou,
O spun tuturor să știe:
Am un astfel de erou,
Fără pic de omenie.

Ăsta — ce s-o mai lungesc —
Își respectă tabietul,
Chiar de-ar fi să damblagesc,
El e... «ora și pachetul».

Cînd mă uit la el prin ceață
În momentul cînd fumează
Să-i dau, poate, o povață,
El pe loc îmi ripostează:

— Fac cu banii mei ce vreau.
Fără vorbă sau tocmeală.
Îi fumez, îi joc, îi beau...
Dau cuiva vreo socoteală?

— Bine, ai dreptate, știu,
Nu o fac pe înțeleptul,
Dar să mă afumi de viu
Încă nu-ți dă nimeni dreptul!

Vă declar că nu mai fac
Nicicînd vreo concesie,
Căci de cînd mă știu nu-mi plac
Fumătorii de profesie!

Azi fumează pe culoare
Sau pe undeva pe-afară...
Dar să știți: numai c-o floare
Nu se face... primăvară!

Și sînt absolut convins
Că în orice loc posibil,
Se găsește cîte-un ins
Fumător... «incorigibil»!

D. C. MAZILU

sănătatea, viața și microelementele

Acestea sînt elemente chimice, care intră în compoziția hormonilor, enzimelor și a fermenților și care, deși se găsesc în organism în cantități extrem de mici (0,0001—0,1%), totuși joacă un rol foarte important în buna funcționalitate a acestuia, în menținerea sănătății și în desfășurarea proceselor vitale.

Microelementele, ca și vitaminele cu care se aseamănă, sînt active în cantități foarte mici, iar lipsa lor duce la îmbolnăvirea organismului prin boli similare cu avitaminozele (cauzate prin lipsa unor vitamine).

Principalele micro- sau oligoelemente sînt: fierul, zincul, bromul, cromul, magneziul, sodiul, cuprul, cobaltul, plumbul, manganul și altele. Importanța deosebită a acestora pentru organism constă în aceea că participă la alcătuirea vitaminelor, enzimelor (fermenților) și hormonilor, influențează procesele de creștere și înmulțire din organism, ca și respirația țesuturilor, metabolismul celular și viața însăși. Astfel, s-a demonstrat că din cele 700 de sisteme enzimatice cunoscute în fiziologie, cel puțin 600 sînt metaloenzime, adică au un «suport» format din micro- sau oligoelemente. În unele combinații, elementul activ este fierul, în altele cuprul, zincul, manganul etc. Unele metale de acest fel pot fi înlocuite în condiții speciale de altele.

Alte microelemente sînt «legate» de anumiți hormoni; este cazul zincului, care este legat de insulina secretată de pancreas. Acest metal este necesar secretării insulinei, stimulîndu-i acțiunea, dar odată secretată, insulina se eliberează de zinc.

Fierul, deși este necesar în cantități foarte mici, importanța lui pentru organism este foarte mare, deoarece intră în alcătuirea unor fermenți și hormoni. Nevoile zilnice ale unui adult sînt de 15—18 mg fier, dar ele se dublează sau se triplează la copiii în creștere și la femeile gravide; 75% din fierul organismului uman este folosit de sînge, din care cauză, un aport insuficient de fier se manifestă printr-o producție scăzută de globule roșii, deci prin cea mai răspîndită formă de anemie. Fierul este prezent în multe alimente, dar el nu poate fi folosit decît sub formă de fier ionizabil. De aceea, cu toate că în carne fierul este prezent de 8 ori mai mult decît în vegetale, este mai utilizabil cel din legume și fructe; astfel, 100 g cartofi, varză, sfeclă sau prune, acoperă dublul nevoilor zilnice de fier. În legumele-frunză (spanac, urzici, salată verde), fierul, cu toate că se găsește în cantitate foarte mare, el rămîne blocat în intestin, în cazul în care sînt consumate concomitent alimente cu mulți fosfați și tanați (paste făinoase, fasole, mazăre, ceai, vin roșu). Fierul este strict necesar formării globulelor roșii, care apar în număr de 2,5 milioane în fiecare secundă, pentru a înlocui pe cele ajunse la limita vieții.

Cuprul și **cobaltul** intră nu numai în alcătuirea unor fermenți și hormoni, dar ele sînt și elemente activatoare ale formării sîngelui.

Manganul activează unii fermenți și contribuie la buna funcționare a glandelor genitale.

Cobaltul intră în alcătuirea unor fermenți sau hormoni, precum și a vitaminei B_{12}.

Microelementele pot avea o acțiune pozitivă sau negativă asupra organismului, în funcție de concentrația lor specifică. Astfel, atunci cînd nu ating cantitatea fiziologică optimă, apar semne de carență. Se pare că unele boli vasculare și chiar infarctul miocardic s-ar datora lipsei unor microelemente; adăugarea unor doze mici de zinc și de vadaniu micșorează riscurile afecțiunilor cardiovasculare. Lipsa accidentală sau funcțională a cobaltului din organism dă naștere unor molecule de colagen prost sudate între ele, ceea ce provoacă vulnerabilitatea peretelui arterial, lucru ce permite ca grăsimile din sînge și colesterolul să infiltreze acest perete, ducînd la pierderea elasticității, supleței și rezistenței lui, cu consecințe importante în bolile cardiovasculare. Constatarea făcută că în regiunile viticole sau cu apa potabilă foarte calcaroasă este mult mai puțin frecventă ateroscleroza își are explicația în faptul că atît vinul, cît și apele calcaroase sînt foarte bogate în oligoelemente. Printre multipli factori care au consecințe negative în etiologia aterosclerozei și a bolilor cardiovasculare, absența microelementelor joacă un rol esențial. S-a ajuns la concluzia că modificările intervenite în funcționarea peretelui arterial se datoresc unei dereglări chimice provocate de carența unor oligoelemente la nivelul enzimelor care comandă procesul de formare a moleculelor. La alergici, s-a constatat în 50% din cazuri că există o scădere a manganului în sînge, iar injecțiile făcute cu soluții de mangan (5 mg de 2 ori pe săptămînă) au dus la vindecarea acestor bolnavi.

Depășirea «pragului» unor microelemente duce la simptoame de intoxicare; astfel,molibdenul în exces poate produce «guta de molibden», iar surplusul de fluor (oligoelement metaloid) duce la îmbolnăvirea dinților, care devin galben închis sau maron închis «fluoroza dentară». În cazul iodului, «pragul de securitate» al acestuia fiind foarte larg, el poate fi ingerat fără pericol în doze care pot depăși cu mult necesarul normal, deoarece în acest caz (ca în gușă), efectele fiziologice sînt înlocuite de efecte medicamentoase. În doze foarte mari, microelementul devine, în acest caz, toxic.

S-au mai descris și alte boli, cum sînt cele osoase, articulare, nervoase etc., care se găsesc în strînsă legătură cu acțiunea excesivă sau scăzută a unor microelemente.

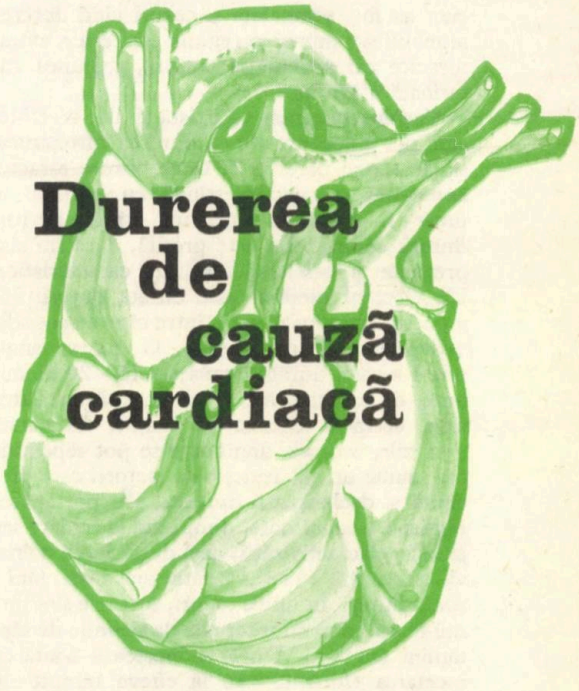
Așadar, microelementele au o importanță deosebită pentru organism, deoarece fără ele fermenții și hormonii n-ar mai fi activi, unele glande cu secreție internă n-ar mai putea funcționa în condiții normale, ducînd la dereglări din cele mai severe. Ca atare, numai o alimentație variată le poate pune la dispoziția organismului.

B. Mihai
măgar mare
Te-am purtat din loc în loc
Ca pe-un mare
DOBITOC !
Ha! Ha! Ha! Ha etc.

Dr. I. ȚUGUI

Medic primar, doctor în științe medicale

Durerea de cauză cardiacă



În unele afecțiuni cardiace, durerea este un simptom important, care îmbracă nu numai aspecte clinice diferite, dar are și mecanisme de producere variate.

Cea mai importantă este durerea din insuficiența coronariană, înțelegînd prin aceasta un sindrom clinic, care se manifestă cel mai adesea prin accese dureroase paroxistice, cu sediul obișnuit retrosternal, cu durată de cîteva minute și intensitate variabilă.

Din punct de vedere fiziopatologic, această suferință se traduce printr-un dezechilibru, care se produce între nevoile de oxigen ale miocardului (mușchiul inimii) și aportul de oxigen oferit de irigația coronariană (arterele coronare care hrănesc mușchiul inimii).

Formele dureroase de insuficiență coronariană realizează tablouri clinice bine definite în cadrul anginei de piept și infarctului miocardic.

Durerea în **angina pectorală** (angor pectoris, angina de piept) a fost descrisă magistral de Heberden, încă din 1768, și constituie semnul cardinal al afecțiunii. Survine de obicei la efort fizic (mers), emoții sau frig, factori care influențează hemodinamica coronariană.

Angina pectorală de efort este caracterizată printr-o durere bine definită, care apare în raport strîns cu efortul efectuat, ducînd la o solicitare a cordului în condițiile unei irigații insuficiente; ea încetează odată cu efortul care a produs-o. De obicei accesul anginos apare în timpul mersului, existînd o strînsă corelație între distanța parcursă, ritmul mersului și timpul de declanșare a durerii. Aceasta apare mult mai frecvent și mai timpuriu cînd mersul se face în pantă, la urcarea unui etaj, după mese sau în sezonul rece. Durerea poate să apară uneori chiar la primii pași făcuți de bolnav dimineața la sculare sau cînd ritmul de mers este mai rapid, ceea ce îi determină pe unii bolnavi să-și încetinească mersul. Alte circumstanțe care duc la apariția durerii pot fi: mesele copioase, emoțiile de orice fel, defecația dificilă, raporturile sexuale.

Sediul durerii coronariene este cel mai adesea retrosternal, în treimea medie sau superioară, dar poate fi întîlnită și pe toată regiunea precordială sau în tot toracele anterior. Durerea coronariană are de regulă o arie mai întinsă, ceea ce face ca bolnavul să o delimiteze cu una sau ambele mîini și niciodată cu vîrful degetului. De cele mai multe ori, durerea anginoasă este resimțită ca o constricție sau o gheară, alteori ca o apăsare, o sfîșiere sau o strivire. Sînt și cazuri cînd bolnavul nu poate defini durerea, explicînd-o ca o stare de neliniște, de jenă sau de rău, așa-numitul «disconfort toracic».

Intensitatea durerii din angina pectorală este variabilă, de obicei slabă, moderată sau intensă și numai în mod excepțional, cînd bolnavul continuă efortul fizic, poate fi atroce.

Iradierile durerii anginoase nu sînt obligatorii, dar cînd există, sînt foarte caracteristice. Cea mai frecventă iradiere este în umărul și brațul stîng, prelungindu-se pînă la ultimele două degete. Alteori, iradierea poate fi prezentă la ambele membre superioare, oprindu-se ca o brățară la încheietura mîinii stîngi sau drepte. Alte iradieri, întîlnite mai rar, sînt: în bolta palatină, regiunea unui dinte cariat, epigastrul, regiunea lombară. Ea poate cuprinde și întreg toracele, dînd impresia bolnavului că este strîns într-un corset. Sînt și cazuri în care durerea se manifestă inițial la distanță, de exemplu, în braț, neinteresînd regiunea retrosternală sau cuprinzînd-o ulterior (iradiere inversă), după

cum au fost semnalate și cazuri cînd durerea se manifestă numai în regiuni periferice, extratoracice ca: articulația cotului, regiunea anterioară a gîtului.

Trebuie subliniat că există și alte afecțiuni care pot fi confundate cu durerea coronariană și, de aceea, părerea că orice durere toracică anterioară de partea stîngă cu iradiere în umăr și membrul superior stîng aparține durerii coronariene este greșită, dacă nu sînt prezente și celelalte trăsături caracteristice. Un element esențial este durata durerii anginoase, care poate varia între cîteva secunde, nedepășind 20 de minute. O durere anginoasă a cărei durată depășește 15—20 de minute, de cele mai multe ori anunță instalarea unui accident coronarian major. În cursul unei zile, accesele anginoase se pot repeta de mai multe ori, în funcție de factorii care precipită și declanșează durerea, sau pot apărea numai o singură dată, dimineața la sculare sau la începerea activității, deși după aceea bolnavii efectuează eforturi relativ mai mari, fără a acuza dureri. În unele cazuri, accesele sînt rare sau foarte rare, cu intervale de acalmie de săptămîni sau luni. Durerea încetează odată cu încetarea efortului sau la cîteva minute (în medie 1—2 minute) după luarea unei tablete de nitroglicerină. Uneori, sfîrșitul accesului se însoțește de eructații, care dau bolnavului senzația de ușurare sau de nevoie imperioasă de urinare. Frecvent, în durerea anginoasă se întîlnește o stare de anxietate, senzație care poate fi uneori foarte accentuată, încît bolnavul este cuprins de teama unei «morți iminente». Printre alte fenomene de însoțire a durerii coronariene au fost semnalate: tendința la lipotimie, palpitațiile, dispneea (greutatea în respirație), transpirațiile, emoțiile, senzația imperioasă de a urina, care apar fie ca urmare a unor reflexe vago-vagale, fie ca o activitate excesivă a sistemului nervos vegetativ. Uneori, bolnavul descrie o senzație de apăsare toracică («pelerina de plumb»), care îl împiedică să respire normal.

În afara tipului descris, mai există și alte forme clinice de angină pectorală. **Angorul de decubit** este forma în care accesul anginos apare în poziție culcată, fiind însoțit adesea de dispnee, care traduce prezența unei insuficiențe ventriculare stîngi. Ridicarea bolnavului în picioare sau în poziție șezîndă duce la încetarea accesului anginos. În **angorul spontan,** crizele anginoase apar fără o cauză evidentă. **Angorul paradispneic** este o formă mai particulară, în care dispneea domină tabloul clinic și apare în mod brusc în timpul efortului. Există o formă în care factorul declanșator este extracardiac, putînd fi atît organic, cît și funcțional. Acesta este **angorul intricat.**

Astfel, s-a observat intricarea anginei de piept cu afecțiuni digestive (ulcer gastric, colecistite, diverticuli esofagieni, esofagite peptice de reflux), afecțiuni ale coloanei vertebrale (spondiloze cervicale și dorsale), nevroze, hernie hiatală sau cu mai mulți din acești factori (poliintricare).

În anul 1928, Basil Theodorescu a descris **angorul lombar,** în care durerea are sediu lombar, de o parte și de alta a coloanei vertebrale, putînd uneori să iradieze spre torace și să îmbrace aspectul unui adevărat acces de angor. Factorul declanșator în această formă de angor pare a fi emoția și mult mai rar efortul.

Astăzi este unanim admis că durerea anginoasă apare, în majoritatea cazurilor, la bolnavi cu o rețea coronariană inadecvată, datorită creșterii consumului de oxigen sau a unui aport insuficient. În marea majoritate a cazurilor, survine pe fondul stenozei unei ramuri sau a mai multor ramuri coronariene, avînd ca rezultat reducerea irigației miocardice, evidențiată mai ales în condiții de efort. Mai pot juca un rol în apariția durerii anginoase factori ca: hipertrofii și dilatații cardiace, care cresc consumul de oxigen, stenoza aortică, insuficiența aortică, scăderea transportului oxigenului sanguin în anemii, tulburări metabolice (lipsa unor enzime necesare metabolismului energetic miocardic), creșterea consumului de oxigen.

Evoluția unei angine pectorale poate fi: regresivă, staționară, progresiv agravantă, pînă la infarct miocardic și moarte subită.

Trebuie subliniată existența unor sindroame premergătoare infarctului, înțelegînd prin aceasta că, în multe cazuri, infarctul de miocard este precedat de o simptomatologie dureroasă și semne electrocardiografice, descrise sub denumiri diverse: preinfarct, iminență de infarct, sindrom coronarian intermediar, fază

premonitorie a infarctului, angină infarctizantă, sindrom de amenințare de infarct, angină instabilă, angor progresiv, toate avînd aceeași semnificație.

Accidentul major al insuficienței coronariene însă este **infarctul de miocard,** care constă dintr-o necroză (moarte) acută a unui teritoriu din miocard, datorită obstrucției totale a unei artere coronare, care duce la suprimarea circulației sanguine în teritoriul respectiv. Tabloul clinic în infarctul de miocard este dominat de durere, care prezintă o serie de caracteristici privind localizarea, intensitatea, durata și condițiile de apariție.

Durerea din infarctul miocardic se deosebește de cea din angina pectorală prin intensitatea deosebit de mare, fiind una din cele mai intense dureri descrise în patologia clinică. Bolnavul o descrie ca o gheară sau un pumnal înfipt în inimă sau ca o greutate care-i strivește toracele și-i oprește respirația. Într-un procent mai mic, durerea poate apărea ca o jenă retrosternală, datorită unei arsuri, înțepături sau apăsări, iar unii bolnavi nu o pot preciza. Localizarea și iradierea au aceeași topografie ca durerea anginoasă din criza de angor de efort.

Durata durerii în infarctul miocardic este mai lungă decît în angor, poate fi de 20—30 de minute pînă la cîteva ore și, în unele cazuri, chiar cîteva zile.

Instalarea infarctului se poate face atît în condiții de efort fizic sau suprasolicitare nervoasă, cît și în repaus și chiar în timpul somnului. Durerea din infarctul de miocard nu este influențată de nitroglicerină, rareori se modifică parțial, dispare numai la administrarea de opiacee sau în momentul cînd se instalează necroza la nivelul miocardului, care duce la distrugerea receptorilor din zona respectivă.

În durerea din infarctul de miocard sînt frecvent întîlnite, ca simptoame de însoțire, anxietatea, bolnavul avînd senzația de moarte iminentă, transpirațiile reci profuze, starea de neliniște, grețuri, vărsături alimentare și bilioase, sughițul, meteorismul.

Manifestările coronariene, cunoscute și sub numele de **boală coronariană** sau **cardiopatie ischemică,** cu o frecvență din ce în ce mai crescută în ultimele decenii, constituie un procent ridicat de morbiditate și mortalitate, în special în țările dezvoltate economic. Faptul că afecțiunea s-a observat și la

populația mai tînără a făcut ca această boală să devină o problemă de sănătate publică, în ceea ce privește profilaxia aterosclerozei, în general, și a celei coronariene, în special.

Trebuie să subliniem că, cu toate progresele înregistrate în medicină privitor la metodele de investigație, anamneza și examenul clinic ocupă un loc prioritar, de aceea trebuie să continuăm să-i acordăm importanța cuvenită. Prezentarea la medic, la primele simptoame dureroase, cunoașterea durerii cardiace și descrierea cît mai exactă de către pacienți sînt de mare importanță pentru diagnostic, tratament și prognostic.

dr. *N. Crângulescu*

Clinica medicală, Spitalul «Colțea»

cardiacul

și unele aspecte ale regimului de viață

Prof. dr. doc. ANTON MIHAIL

Clinica medicală, Spitalul «Colțea»

Nu orice cardiopatie impune, în același timp, și o serie de interdicții, după cum nu orice manifestare considerată drept o expresie a suferinței cardiace este într-adevăr produsul unei cardiopatii.

Unii bolnavi cu cardiopatie pot să desfășoare o activitate cvasinormală, atingerea funcțiilor principale ale inimii fiind discretă, în timp ce alții, la care etichetarea bolii este asemănătoare, pot face față cu greu unor eforturi similare, la aceștia funcțiile cardiace fiind mai profund afectate. De aceea, este bine ca fiecare persoană cu o suferință cardiacă să știe ce-i este permis să facă, care este rezistența sa privind efortul și stresurile zilnice, ce reguli igieno-dietetice și ce regim de viață să urmeze, mai ales că toate aceste indicații trebuie respectate toată viața.

Pentru aceasta ne propunem să răspundem la unele probleme ridicate frecvent de cardiaci, cum ar fi: **efortul fizic și suferindul de inimă, alegerea meseriei, reprofilarea profesională, cardiacul și stresurile, unele probleme de igienă alimentară, fumatul, sarcina și bolnava de inimă, controlul medical periodic.**

Suferindul de inimă și efortul fizic

Se știe că activitatea fizică înseamnă o solicitare, în ansamblu, a aparatului cardiovascular și că această solicitare este mai mult sau mai puțin resimțită și în funcție de integritatea, de starea de sănătate a organismului, de gradul de antrenament, de adaptarea la efort, ca și de intensitatea efortului. Cînd organismul este supus unui **efort supradimensionat,** chiar o persoană perfect sănătoasă are de suferit (cel mai cunoscut și mai convingător exemplu îl constituie soldatul de la Maraton). Același efort fizic dă reacții diferite din partea organismului, în funcție de tipul de activitate desfășurată (felul meseriei) și de gradul de antrenament fizic.

Viața de fiecare zi ne demonstrează că sînt cardiaci care pot și chiar desfășoară activități cu solicitări fizice importante, în timp ce alții, cu același diagnostic, duc o activitate foarte restrînsă, deoarece se resimt după un efort. Acest lucru nu constituie un paradox, deoarece, la aceeași suferință aparentă și același diagnostic, capacitatea de efort este legată de severitatea, de gradul leziunii și de atingerea sau nu, concomitentă, a mușchiului cardiac, eventualitate în care rezerva funcțională care face posibil efortul este mai mult sau mai puțin diminuată. Pe de altă parte, este bine să se știe că un efort supradimensionat se poate însoți de manifestări severe, cum ar fi: tulburări ale ritmului cardiac, stări sincopale, edem pulmonar acut, crize anginoase și chiar de moarte subită.

În funcție de tipul de suferință cardiacă, de răsunetul acesteia asupra organismului, de vîrsta pacientului, medicul va aprecia capacitatea de efort și gradul de limitare a acestuia.

Atragem atenția tinerilor cu cardiopatie, chiar cu o formă ușoară și bine tolerată, că sportul de performanță nu trebuie să fie practicat. Sînt permise gimnastica rațională, unele jocuri, plimbările, mersul pe bicicletă ocazional.

Unele boli cardiace se însoțesc de stări de leșin, de stări sincopale; în astfel de cazuri înotul, sport îndrăgit de tineri, trebuie evitat, dat fiind că o lipotimie sau o sincopă, chiar de foarte scurtă durată, poate fi fatală. Viața înseamnă muncă. Munca este o necesitate, deoarece fără muncă echilibrul psihic se alterează; prin muncă omul se simte util familiei și societății. De aceea, medicul este consultat adesea în vederea orientării profesionale a unui cardiopat. Astăzi se știe că felul muncii trebuie adaptat tipului de cardiopatie. Practica medicală ne-a arătat că majoritatea cardiacilor desfășoară o activitate profesională nu totdeauna bine orientată, adaptată cardiopatiei de care suferă. Se vor permite cardiacilor acele tipuri de activități care nu solicită eforturi fizice deosebite, cum ar fi munca de birou, munca de secretariat, desenul tehnic, contabilitatea, mecanica fină, ceasornicăria, legătoria de cărți, croitoria, electronica, radioelectricitatea. Un aspect mai particular îl reprezintă situațiile în care se pune problema reprofilării profesionale sau problema readaptării (reabilitării profesionale).

Reprofilarea profesională este necesară în cazul unui bolnav care exercită o profesiune cu mari solicitări fizice, cardiopatia sa fiind mult timp ignorată și descoperită recent, sau în cazul unei persoane care a suferit un infarct miocardic și care a rămas cu o diminuare a capacității de efort. Reprofilarea profesională nu este numai o problemă medicală (destul de complexă, dealtfel), ci și una cu implicații de ordin psihologic și socio-economic.

Readaptarea sau reabilitarea (reîntoarcerea bolnavului, pe cît posibil, la munca avută anterior îmbolnăvirii) se referă, în special, la pacienții care au suferit un infarct miocardic, fiind privită astăzi ca o parte integrantă a tratamentului și de aceea trebuie să se instituie precoce și continuu. De fapt, astăzi sînt reconsiderate unele concepții mai vechi, care recomandau un repaus prelungit după un infarct miocardic. Cu excepția unor infarcte cu un debut sever și cu o evoluție mai trenantă (frecvent din cauza complicațiilor), se recomandă o mobilizare precoce, o spitalizare mai scurtă și o revenire la activitatea profesională cît mai repede posibil.

Bineînțeles, medicul este cel chemat să aprecieze care sînt acele cazuri ce trebuie mobilizate de urgență și care-și pot relua activitatea profesională în 3—4 luni de la debutul accidentului cardiac. Tot medicului îi revine sarcina de a selecta acele cazuri care pot beneficia de un antrenament fizic, el fixează programul de antrenament, supraveghează pacientul și apreciază efectele terapeutice. Orice abateri de la aceste imperative pot avea efecte negative, uneori nefaste.

Cardiacul și stresul

Viața oferă omului, pe lîngă satisfacții, și o serie de contrarietăți, de stări tensionale psihonervoase, de stresuri de intensități diferite, cărora scoarța cerebrală încearcă să le facă față și să mențină un echilibru constant al proceselor nervoase. Emoțiile puternice, atît cele pozitive, cît și cele negative, declanșează din partea sistemului nervos o serie de reacții cu răsunet cardiovascular, cum ar fi: rărirea sau accelerarea bătăilor cardiace, tulburări ale ritmului cardiac, scăderi sau creșteri tensionale, stări de leșin, spasme coronariene etc. Cardiacii trebuie să evite toate situațiile care le pot declanșa astfel de reacții, iar membrii familiei lor sînt datori să contribuie la crearea unui mediu ambiant lipsit de griji și emoții. O educație personală în care să se accepte unele renunțări, ca și o sedare adecvată a sistemului nervos, contribuie la prelungirea vieții, la evitarea unor stresuri inutile. De aceea, regimul de viață al cardiacului trebuie să țină seama de stadiul de evoluție a cardiopatiei respective.

Astfel, cardiopații compensați și cei care nu fac tulburări de ritm și de conducere (adică nu au palpitații și nici stări de leșin sau pierderi de cunoștință) pot să conducă automobilul. Cei decompensați, dar mai ales cei cu tulburări de ritm, emotivii, marii hipertensivi sau cei cu o cardiopatie

ischemică care fac crize frecvente este bine să renunțe de a conduce mașina, deoarece o pierdere de cunoștință, chiar de ordinul secundelor, se poate solda fatal.

Cardiacii compensați și chiar cei care au avut un infarct în urmă cu 4—6 luni ce a evoluat necomplicat este bine să știe că pot călători cu avionul. Avioanele moderne, deși zboară la înălțimi foarte mari, sînt dotate cu aer condiționat, deci există un conținut normal în oxigen, neexistînd astfel perturbări ale respirației. Cei decompensați, cei care au avut un infarct recent, se vor abține de a călători cu avionul. În acest fel se confirmă ceea ce a afirmat odată un clinician francez «cardiacii care pot merge pot și zbura».

Referindu-ne la stațiunile de odihnă indicate pentru un cardiac, chiar compensat, se recomandă a se alege localitățile sub 1 000 m altitudine, deoarece o altitudine mare impune un efort suplimentar al inimii, putînd să apară tulburări, adesea destul de grave, pierderi de cunoștință, hiperventilație, creșteri tensionale sau un edem pulmonar acut.

Viața sexuală a cardiacului compensat se va desfășura în mod normal. Este știut că actul sexual nu impune numai un anumit efort fizic, dar asociază și o serie de reacții, datorite, în mare parte, deversării în torentul circulator de catecolamine, cum ar fi tahicardia, un anumit grad de anxietate sau dimpotrivă. Cuplul sexual (soț-soție) presupune doi parteneri care se cunosc bine, fapt care implică o armonizare a senzațiilor și sentimentelor, emoțiile ce apar fiind mai temperate, mai puțin tensionale, tocmai prin această cunoaștere reciprocă. În aceste condiții, actul sexual se permite și celor care au avut un atac de inimă relativ recent. Frecvența actului sexual pentru cardiac este în funcție de modul în care reacționează la emoțiile respective și la efortul fizic depus.

Cardiacul și unele probleme de igienă alimentară

Cardiacii, în general, trebuie să se obișnuiască cu un regim alimentar în care cantitatea de sare să fie foarte mult diminuată, iar în unele situații chiar suprimată. Se precizează că aportul crescut de sare în alimentație, în anumite circumstanțe, ar juca un rol în apariția sau în menținerea unei hipertensiuni arteriale. Unele alimente sînt foarte sărace în sare, cum ar fi: fructele proaspete, orezul, mălaiul, pastele făinoase, unele legume (fasolea, mazărea, lintea, ceapa, cartofii, ciupercile) sau relativ sărace, cum ar fi: carnea de vițel, peștele de apă dulce, laptele, smîntîna, gălbenușul de ou, pîinea fără sare, varza, morcovii și spanacul. Alte alimente au un conținut relativ bogat în sare: pîinea, 3—6 g/kg; peștele de mare sau oceanic, 2—7 g/kg; brînzeturile, 3—10 g/kg; mezelurile, 7—30 g/kg; conservele, 2,5 g/kg; untul, 2—3 g/kg.

Regimul poate fi relativ fără sare, în situația în care nu se adaugă sare la prepararea mîncărurilor și nici la servitul mesei. Acest tip de regim conține totuși aproximativ 4—6 g sare/24 de ore, față de regimul obișnuit, care conține aproximativ 10—15 g/24 de ore.

Regimul poate fi strict fără sare. În acest caz, se utilizează alimente care conțin puțină sau foarte puțină sare; nu se adaugă sare la prepararea lor și nici cînd sînt servite la masă. Totuși, chiar în aceste condiții aportul de sare este de aproximativ 1—2 g/24 de ore.

Un regim într-adevăr fără sare este așa-numitul regim Kempner, greu de suportat, pacienții abandonîndu-l după 2—4 zile. Conținutul în sare al acestui regim este de numai 200—300 mg/24 de ore. Acest tip de regim constă în: 200—300 g orez, zahăr, fructe, sucuri de fructe și este indicat în hipertensiunile arteriale severe, cu cifre mari tensionale și în caz de insuficiență cardiacă cu edeme generalizate. Regimul fără sare sau cu sare limitată (2—4 g/24 de ore), sub control strict, este foarte util în insuficiența cardiacă cu edeme.

Se apreciază că, în anumite condiții de tulburare a metabolismului, grăsimile și zaharurile din alimente contribuie la declanșarea sau la întreținerea aterosclerozei, că ar juca deci un rol important în cardiopatia ischemică, suferință datorată, de cele mai multe ori, aterosclerozei coronariene.

Pe de altă parte, sînt considerați factori de risc pentru cardiopatia ischemică viața sedentară, mesele copioase care predispun la îngrășare, la apariția obezității, aceasta asociindu-se frecvent cu diabetul zaharat, hipertensiunea arterială și guta.

Se impune deci păstrarea unei greutăți corporale în limitele normalului, printr-un regim alimentar echilibrat, cumpătat, prin reducerea dulciurilor, a zaharurilor rafinate, care în organism se transformă tot în grăsimi, precum și prin limitarea pînă la suprimare a grăsimilor de origine animală. Se vor evita elimentele bogate în colesterol și care ajută la creșterea colesterolului seric, cum ar fi: gălbenușul de ou, laptele, produsele derivate din lapte și în special frișca, untul, grăsimile animale, carnea grasă, carnea conservată, peștele din conserve, icrele, produsele de patiserie. Regimul va consta mai mult din legume, fructe, carne slabă, pește alb, lapte smîntînit, albuș de ou, ulei vegetal.

În ultimul timp, în foarte multe țări ale lumii au apărut numeroase campanii împotriva fumatului. Nenumărate studii și date statistice au demonstrat că între creșterea morbidității și mortalității prin coronaropatii (angină de piept și infarct miocardic) și consumul de țigări există o strînsă legătură, o strînsă interdependență, ca dealtfel și între consumul de țigări și cancerul bronhopulmonar. S-a demonstrat că nicotina din tutun are drept efect o sporire a activității inimii, datorită creșterii catecolaminelor circulante. Oxidul de carbon, care ia naștere în urma procesului de ardere, se combină cu hemoglobina din sînge, crescînd procentul de carboxihemoglobină, ceea ce duce la o scădere a O_2 din țesuturi. Pe de altă parte, oxidul de carbon mai are ca efect o creștere a cantității de grăsimi circulante, determinînd, în același timp, și creșteri tensionale.

Așadar, fumatul trebuie să fie suprimat, mai ales în cazurile cu hipertensiune arterială, tulburări metabolice cu hiperlipidemie, boală coronariană, în special cardiopatie ischemică. Din observațiile efectuate, se pare că apariția complicațiilor la cei care au suprimat fumatul a diminuat cu 50% față de cei care au continuat să fumeze. Renunțarea la fumat trebuie să se facă din convingere, dintr-o dată și nu în rate, conștienți că vom contribui la ameliorarea suferinței.

Bolnava de inimă și sarcina

Aproape orice femeie dorește să devină mamă, iar sentimentul matern este uneori așa de puternic, încît determină pe unele femei să-și asume riscuri incalculabile.

Din experiența acumulată în zeci și chiar sute de ani privind cardiopatele și sarcina, rezultă că **există cazuri în care bolnavele de inimă au devenit mame cu numeroși copii și cazuri la care sarcina și, mai ales, nașterea le-au amenințat viața. Medicul este acela care este chemat să avizeze, ținînd seama de tipul de cardiopatie, de vîrsta pacientei, de dorințele sale, dar mai ales de starea aparatului cardiovascular, dacă o sarcină poate fi suportată și dacă travaliul sau nașterea propriu-zisă vor decurge fără accidente.** În realitate, fiecare cardiopată gravidă constituie o problemă ce se impune a fi rezolvată.

Este bine să se știe că sarcina impune inimii o activitate crescută, cu cel puțin 30% față de cea anterioară sarcinii, iar această creștere se face simțită începînd cu luna a doua de sarcină. Așadar, orice cardiopată care dorește să devină mamă trebuie să consulte medicul asupra oportunității sarcinii, iar în cazul în care este gravidă, acesta trebuie consultat cît mai precoce, pentru a cunoaște din timp dacă sarcina poate sau nu să fie suportată. Orice cardiopată gravidă va trebui să țină un regim în care aportul de sare să fie redus, iar eforturile fizice evitate. În cazul apariției unei infecții, medicul va fi acela care va institui un tratament corect, evitînd complicațiile, dealtfel severe, care ar putea să apară. Pe toată perioada gravidității va fi sub supraveghere medicală, iar în anumite cazuri, în ultimele 3—4 săptămîni înaintea nașterii va fi internată într-o clinică medicală, pentru un bilanț al stării de sănătate și apoi într-o clinică de specialitate, pentru a se afla sub o atentă și continuă supraveghere.

Atît medicul ginecolog, cît și specialistul în boli interne sau cardiologul, vor aprecia dacă cardiopata gravidă poate avea o naștere naturală sau se va apela la o intervenție chirurgicală. De asemenea, o atenție deosebită se va acorda perioadei **post-partum** (lehuziei), cînd pot să apară infecții cu grav răsunet cardiovascular.

Cardiacul și controlul medical periodic

Orice cardiac trebuie să fie dispensarizat și controlat medical periodic. Ritmul controlului medical periodic variază în funcție de tipul de suferință cardiacă și de stadiul subacut sau cronic al bolii. Astfel, o persoană care a suferit de o cardită reumatismală (reumatism articular acut însoțit de prindere cardiacă), în perioada care urmează imediat stadiului acut, va fi revăzută lunar în primele 3 luni, apoi la interval de 2 luni pentru următoarele 6 luni, iar după primul an de la episodul acut, cel puțin o dată pe trimestru.

Se recomandă ca suferindul cardiac care-și cunoaște bine simptoamele bolii sale să consulte medicul ori de cîte ori constată o modificare a acestora, cînd apare respirația scurtă, cînd este trezit noaptea din somn cu respirația precipitată, cînd are senzația de lipsă de aer, cînd remarcă scăderea cantității de urină în 24 de ore și cînd apar edeme (umflături ale gleznelor).

O deosebită importanță prezintă **necesitatea respectării indicațiilor terapeutice.** Schemele de tratament sînt stabilite de medic și individualizate pentru fiecare bolnav în parte; **ele nu pot fi modificate de bolnav, după propriile sale impresii sau păreri.** Pentru foarte multe boli cardiace, **suprimarea tratamentului duce la reapariția simptoamelor sau la agravarea acestora.** Astfel, un cardiopat în insuficiență cardiacă trebuie să urmeze tratamentul digitalic și diuretic, conform schemei indicate de medic, **toată viața.** Digitala și diureticele sînt aidoma aerului pe care-l respiră și alimentelor pe care le ingeră.

Din cele expuse, reținem că bolnavii cardiovasculari trebuie să coopereze strîns cu medicul specialist spre a se menține într-un echilibru hemodinamic, reușind astfel să desfășoare o activitate utilă lor și societății.

Musca se plîngea unei molii:
— Am făcut un memoriu
La Ministerul Bolii,
Deși faptu-i peremptoriu.

Eu am o muncă de rob,
Car orice microb,
Transport focare de infecție
Și n-am echipament de protecție
Sau vreun spor de periclitate!
Zău, asta-i echitate?!

Molia, terminînd rotunjirea unei găuri la o haină
Și auzind-o cum se caină,
Nu întîrzie să-i spună:
— Asta-i bună!
Ba, chiar ridicol.
Nu te pîndește nici un pericol
Că ești... imună!

MORALĂ: Sînt pacienți
Inconștienți,
Care împrăștie microbul
Ca snobul...
Despre aceștia s-a spus că
Sînt oameni cu cap de... muscă!

D.C. Mazilu

EXPLORAREA RADIOLOGICĂ

mijloc de investigație eficient

Ziua de 18 decembrie 1895 a înscris o dată de o importanță deosebită în istoria științelor medicale. În această zi, W.C. Roentgen, profesor de fizică la Universitatea din Würzburg (Germania), în timp ce efectua experiențe cu raze catodice, a observat că la trecerea curentului prin tubul de experiență, un ecran acoperit cu platino-cianură de bariu, care se găsea întîmplător pe masa de lucru, devenea luminiscent. Faptul că fenomenul s-a petrecut chiar și în momentul cînd tubul a fost acoperit de hîrtie neagră, care împiedică trecerea razelor de lumină, a determinat pe Roentgen să examineze sistematic cauzele acestui fenomen luminos. Roentgen a ajuns la concluzia că a descoperit un nou tip de raze, necunoscute pînă atunci. Aceste raze, care au proprietatea de a străbate cele mai diferite corpuri materiale, au fost denumite de Roentgen, raze X. Cu ocazia experiențelor efectuate, el examinează radioscopic mîna soției sale, pe care o și radiografiază. Prima radiografie reușită a obținut-o la cîteva zile după aceea, în 22 decembrie 1895. Drept omagiu, pentru a marca însemnătatea descoperirii, lui W.C. Roentgen i s-a decernat premiul Nobel, iar noile raze îi poartă numele, fiind denumite, în mod curent, raze roentgen. Prin descoperirea și lucrările sale ulterioare, W.C. Roentgen a revoluționat fizica și medicina, contribuind la îndepărtarea din fizică a concepțiilor și teoriilor învechite despre structura materiei, iar medicinii oferindu-i una din cele mai prețioase metode de diagnostic și tratament — roentgendiagnosticul și roentgenterapia.

Explorarea radiologică în scop diagnostic este absolut indispensabilă pentru evidențierea diverselor aspecte normale sau patologice la nivelul organelor explorate. Datele acestui examen contribuie în mod esențial la evidențierea unor afecțiuni sau la precizarea unor date necesare clinicianului în legătură cu o anumită suferință a bolnavului. Desigur, nu pot fi evidențiate radiologic absolut toate aspectele patologice, ci numai acelea care realizează schimbări ale imaginilor normale, modificînd structura, forma, dimensiunile și poziția organelor și țesuturilor pe care le examinăm.

Cu toate că în ultimul timp s-a renunțat și se renunță tot mai mult la examenul radiologic, această tehnică de investigație rămîne totuși indispensabilă pentru: evidențierea colecțiilor lichidiene, alegerea celor mai adecvate secțiuni necesare examenului tomografic, localizarea unor corpuri străine, urmărirea progresiunii substanței de contrast și a cateterului în bronhii, vase și inimă etc.

Explorarea radiografică — prima aplicare practică medicală a razelor X — a ocupat și ocupă un loc de prim ordin în explorarea radiologică. Ea a înlocuit sau tinde să înlocuiască — datorită calităților și posibilităților sale — aproape în totalitate examenul radioscopic. De aceea, considerăm că o radiografie corect executată constituie, la ora actuală, cel mai complet și mai complex mijloc de investigație de care dispune explorarea radiologică. Ea furnizează cele mai fine detalii radiologice și oferă cea mai mare cantitate de informații care poate fi obținută radiologic. Așa, de exemplu, detaliile pe care le evidențiază radiografia au dimensiuni mult mai reduse față de detaliile evidențiate în cazul altor explorări radiologice (radioscopia sau radiofotografia).

În decursul timpului, odată cu perfecționarea aparaturii și cu obținerea de noi date legate de modificările patologice și de mecanismul lor de producere, explorarea radiologică a căpătat și ea noi valențe și dimensiuni. Alături de radioscopie și radiografie, care constituie principalele mijloace de explorare radiologică, au apărut și s-au dezvoltat noi tehnici și procedee de investigație, cum sînt: radiografia mărită, tomografia, radiofotografia, microradiofotografia, kimografia, arteriografia, limfografia, scintigrafia, termografia, neutronografia, roentgenteleviziunea, roentgencinematografia, înregistrarea magnetică a imaginilor etc.

Așa cum demonstrează activitatea practică, toate aceste procedee și tehnici de explorare radiologică aduc numai elemente suplimentare, care vin să completeze și să îmbogățească datele furnizate de examenul radiografic.

Dar pentru ca informațiile furnizate de tehnicile mai moderne să prezinte o valoare deosebită în aprecierea și interpretarea corectă a diferitelor modificări patologice, este necesar ca acestea să fie precedate de un examen radiografic, singurul în măsură să orienteze alegerea altui examen mai adecvat.

Dacă o serie de organe (plămînul, inima, scheletul) sînt uşor examinate radiologic, cea mai mare parte din organele interne (ficatul, colecistul, splina, rinichii, vezica urinară, esofagul, stomacul, intestinul etc.), datorită structurii lor deosebite, nu pot fi explorate decît utilizînd substanţe de contrast (sulfat de bariu, soluţii iodate hidrosolubile etc.). Tot cu ajutorul substanţelor de contrast iodate pot fi examinate radiologic bronhiile, arterele, vasele, vasele limfatice, cavităţile inimii. Pentru explorarea altor organe din corpul omenesc sînt utilizate substanţele de contrast radiotransparente (aerul), care se introduc în organe cavitare (pleură, cavitatea abdominală, ventriculii cerebrali etc.) sau în jurul organelor necavitare.

Trebuie menţionat că utilizarea razelor X în scop diagnostic poate fi însoţită, în unele cazuri, de riscuri atît pentru pacient, cît şi pentru personalul care mînuieşte energia radiantă. Neajunsurile, deşi observate de la începutul utilizării medicale a razelor X, astăzi nu mai sînt atît de grave şi frecvente ca în trecut, datorită măsurilor de protecţie mai eficiente şi, totodată, progreselor şi ameliorărilor continue aduse aparaturii de radiologie.

Sînt însă ocazii cînd se exagerează acţiunea nocivă a razelor X şi acest fapt creează o alarmă nejustificată, care cuprinde uneori şi pe cei care pot beneficia în mod substanţial de efectele explorărilor şi tratamentelor cu energie radiantă. Fără a diminua cu nimic existenţa unor riscuri care trebuie evaluate în mod corespunzător, sînt necesare măsuri pentru a evita pe cît posibil mai mult urmările unei iradieri inutile şi dăunătoare, conservînd însă valoarea diagnostică sau terapeutică a razelor X.

Cu toate progresele radiodiagnosticului, sub un anumit aspect, riscul iradierii a crescut datorită solicitărilor uneori exagerate şi nu totdeauna justificate a examenelor radiologice. De aceea, nu numai specialistul radiolog, ci orice medic care prescrie un examen radiologic, îşi asumă responsabilitatea implicaţiilor, ocazionate de utilizarea energiei radiante în scop diagnostic.

În condiţiile obişnuite ale examenelor radiologice de control sau pentru precizarea unui diagnostic trebuie să se acorde o atenţie deosebită examinărilor efectuate femeilor în perioada graviditătii, deoarece energia radiantă, chiar în doze mici, poate determina modificări evidente la embrion. Leziunile sînt mai ales manifeste, dacă iradierea a avut loc începînd din ziua a 18-a de la ultima menstruaţie, ceea ce ar corespunde începutului embriogenezei. Cum în această perioadă femeia neglijează de obicei sarcina, se recomandă, preventiv, ca examenele radiologice executate pe regiunea abdominală sau orice examen radiologic care implică iradierea uterului să se efectueze în prima parte a ciclului menstrual. Consecinţele iradierii, dacă aceasta s-a efectuat în primele stadii de embriogeneză, constau în întreruperea sarcinii, iar dacă iradierea a survenit mai tîrziu, apar mutaţii importante, malformaţii ale fătului, localizate pe sistemul nervos central, pe organele de simţ sau la nivelul scheletului.

De asemenea, explorarea radiologică a copiilor ridică unele probleme particulare. Ea va fi judicios prescrisă şi executată, deoarece lipsa de colaborare a pacienţilor prelungeşte uneori foarte mult timpul de examen. Din considerentele amintite, se va recurge pe cît posibil la examene radiografice, radioscopia urmînd să fie utilizată ca un examen complementar al radiografiei. Totdeauna va trebui ca regiunea gonadelor şi zonele cartilajelor de creştere să fie protejate în timpul examenului radiologic cu material plumbat.

Prof. dr. Ion Pană

Şeful Clinicii radiologice, Spitalul «Colţea»

EPIGRAME

MĂCELARUL LA DOCTOR

— La inimă nimic nu ai,
Dar cu ficatul cum stai?
El făcînd un gest discret:
— N-am... dar am adus cotlet!

UNEI DOCTORIŢE CARE ÎŞI TRATEAZĂ SOŢUL

Îi face zilnic injecţii
Nu că ar avea infecţii,
Ci s-arate orişicui
Că are ac de pielea lui.

UNUI CALOMNIATOR

Mă atacă furios
Să mă coboare mai jos.
Se răzbună într-un fel
Că nu poate urca el.

Ştefan Balaci

stările de comportament și SISTEMUL NERVOS CENTRAL

Prof. dr. doc. E. REPCIUC

Studiul comportamentului, adică al conduitei în familie și societate, a cunoscut o dezvoltare nebănuită, grație experimentării lui Pavlov și cercetărilor efectuate pe creierul de om și de animale, cu ajutorul diverselor metode și tehnici moderne de investigație. S-a constatat astfel, că problema comportamentului trebuie analizată din punct de vedere biologic, manifestările lui depinzînd de etajele funcționale ale creierului și de echilibrul dintre ele. Manifestarea libertății absolute a voinței omului — liberul-arbitru — este categorică, atîta timp cît etajul superior (neocortexul) are tonusul ridicat. Coborîrea de tonus al acestui etaj diminuează însă liberul-arbitru, în măsură mai mare sau mai mică, în funcție de gradul coborîrii.

Dar pentru a înțelege mai bine acest lucru, este necesar să arătăm că potrivit cunoștințelor noastre actuale referitoare la sistemul nervos central la om și animale, există, în linii mari, trei etaje funcționale ale creierului, suprapuse, care se influențează și se condiționează reciproc. Ele au vechime filogenetică (derivată din strămoșii animali ai omului) diferită: din zestrea animală mai veche am moștenit un sîmbure numit protoreptilian (de șopîrlă primitivă), care permite o adaptare elementară, dar suficient de bună, la mediu; peste acesta s-a așternut un cîștig mai nou, care alcătuiește scoarța veche (arhicortex — cerc care se face în jurul corpului calos al creierului) sau limbică. Dintre viețuitoare, mamiferele au dobîndit o scoarță nouă (neocortex), capabilă de distincții și reacții fine. Omul a cîștigat, odată cu perfecționarea acestei noi scoarțe, capacitatea de a vorbi, de a crea noțiuni abstracte și de a opera cu ele, precum și putința de a privi în viitor.

Aceste etaje ale creierului nu sînt suprapuse la întîmplare; etajul protoreptilian, de exemplu, adică cel mai inferior este dirijat de cele superioare, și de aceea activitatea lui nu seamănă cu cea de la reptile. Totuși, acest etaj rezolvă multe probleme curente de conducere și dirijare ale organismului, precum și de adaptare la condițiile schimbătoare ale mediului. Fenomenele adaptative declanșate de acest etaj — care de fapt sînt reflexe condiționate — persistă chiar și atunci cînd condițiile de mediu care au generat reflexul au dispărut. În felul acesta se cheltuiește zadarnic o mare cantitate de energie nervoasă.

Etajul suprapus, cel arhicortical sau limbic, controlează activitatea «miezului» protoreptilian al creierului, făcînd să dispară în special persistența reflexelor, pe care le stinge de îndată ce au dispărut condițiile de mediu care le-au generat. În felul acesta, creierul limbic aduce «harul» uitării, dar nu al uitării în general, ci numai acea al uitării lucrurilor și împrejurărilor devenite inutile. De aceea, există tendința unor cercetători de a considera activitatea creierului limbic asemănătoare cu aceea a zeiței mitologice a uitării, Lethe.

În sfîrșit, etajul neocortical dirijează activitatea celorlalte două etaje și planifică activități viitoare, pe baza experienței trecutului, cu alte cuvinte permite trăirea nu numai în prezent și trecut, dar îngăduie și o anticipare în viitor. În această direcție, etajul neocortical s-a dezvoltat și complicat mult la om, încît unii cercetători au propus să fie denumit Guru, zeu-om cunoscut la maiași și azteci (amerindieni), ca izvor de înțelepciune și de prevedere.

Dar, după acum am menționat, activitatea etajelor se intrică, etajul neocortical programînd activitatea etajelor inferioare, iar etajul arhicortical (limbic) influențînd pe cea a etajului protoreptilian, în special cînd aceasta devine inoportună (prin repetarea prea insistentă a unor reflexe condiționate — deprinderi — fără întărire prin excitantul necondiționat). În interiorul fiecăruia din aceste etaje

există nişte dispozitive de reglaj, legate atît între ele, cît şi de dispozitive asemănătoare din etajele vecine. De mai mare importanţă pentru comportament sînt dispozitivele etajului limbic şi legăturile lor cu dispozitivul numit hipotalamic din etajul protoreptilian. Într-adevăr, în etajul limbic există un dispozitiv nervos într-o zonă numită sept pelucid, zonă în care abia în timpul din urmă s-au pus în evidenţă şi la om celule nervoase în număr mare, formînd şiruri frumos ordonate, asemănătoare cu cele care se găsesc în scoarţa propriu-zisă. Acestea alcătuiesc nucleii septali ai etajului limbic. Dar în scoarţa propriu-zisă, în arhicortex, se găseşte alt dispozitiv cu importanţă pentru comportament, numit hipocamp (după asemănarea formală cu peştele cu acelaşi nume) şi în imediata lui vecinătate un al treilea dispozitiv numit corp amigdalian, după asemănarea lui cu o amigdală.

La pisică şi maimuţă excitarea unei anumite părţi din corpul amigdalian produce manifestări de frică şi de fugă, în timp ce excitarea altei părţi «complementare» produce mişcări şi manifestări agresive, de atac. Comportamente de atac mai pot fi obţinute şi prin excitarea anumitor părţi din hipotalamus, de care se leagă corpul amigdalian, cu deosebire că cele pornite din corpul amigdalian sînt mai bine construite, obiectul atacului mai bine justificat, întreaga acţiune mai îndelung pregătită şi de o durată mai mare. Corpul amigdalian favorizează contactele sociale, iar distrugerea lui, dimpotrivă, izolează animalul, îl face nesociabil. Prin experienţe efectuate pe animal, s-a constatat că nucleii septali pot suprima efectele de furie obţinute prin excitarea corpului amigdaloid, iar dacă septul este distrus, atunci se dezlănţuie efecte agresive pornite din acest corp.

Aceste efecte au fost puse în evidenţă prin proba convieţuirii şobolanului cu un şoarece, în aceeaşi cuşcă. Şobolanul neoperat pe sept se împacă bine cu şoarecele, dar cel operat îşi ucide tovarăşul de locuinţă în cîteva minute. S-a constatat că o substanţă chimică relativ simplă, glicina, poate linişti şobolanul operat şi poate suprima crizele de agresiune; dacă această substanţă este injectată în corpul amigdaloid al animalului operat pe sept, produce, de asemenea, liniştirea lui. Acest lucru a fost dovedit nu numai pe animalul de experienţă, dar şi pe om, evidenţiind faptul că anumite etaje ale sistemului nervos central acţionează asupra altor etaje, punîndu-le la dispoziţie unele substanţe chimice, numite neurotransmiţători sau mediatori. Aşa, de exemplu, se ştie că boala numită Parkinson se datoreşte în principal incapacităţii unui centru inferior (numit substanţa neagră) de a furniza unor centri superiori (aşa-numitul striat), o substanţă chimică (DOPA) de care aceştia au nevoie pentru a funcţiona corect. De asemenea, se pare că septul furnizează glicina pentru corpul amigdaloid; suprimînd sursa de glicină, partea acestui corp care răspunde de comportamentul agresiv este dezlănţuită.

În mod normal, pe întregul etaj limbic există un anumit echilibru, individual variabil, între părţile sale componente şi, în special, între sept şi corpul amigdaloid. Există oameni cu un sept mai puternic sau mai slab din punct de vedere funcţional, ceea ce va determina o comportare echilibrată sau dezechilibrată, teamă sau, dimpotrivă, agresivitate crescută.

Aşadar, este evident că există diferenţe individuale de comportament de bază, pe care le putem atribui unor diferenţe structurale între etajele creierului. Pe lîngă aceste diferenţe de structură, există şi diferenţe funcţionale între structuri, deşi ele par identice. Aşa se explică atitudinile şi comportamentele ieşite din comun, care au la bază un dezechilibru funcţional ce se datoreşte unor neurotransmiţători, eliberaţi fie în cantitate prea mare, fie prea mică (DOPA şi glicina). Chiar şi modificările de structură a etajelor creierului acţionează tot prin neurotransmiţători.

Psihiatrii au observat şi descris la om stări de comportament din cele mai diferite; astfel, aşa-numiţii schizoizi au tendinţă la izolare, la contacte sociale puţine sau chiar deloc. La aceştia există, fără îndoială, un defect de funcţionare a corpului amigdalian, o acţiune de potolire prea intensă a lui, pornită din nucleii septali, care furnizează glicină în exces corpului amigdaloid. La cealaltă extremitate se situează ciclotimii, care sînt extrem de sociabili, vorbăreţi şi glumeţi, şi la care, probabil, corpul amigdalian funcţionează în exces.

Perspectiva viitorului ne face să întrevedem că în problema tulburărilor de comportament, colaborarea dintre medicul psihiatru şi educator va permite o adîncire a cunoştinţelor în acest domeniu.

NEVROZELE ...

Parafrazînd un vechi dicton latin, se poate spune că «habent sua fata neurosae» adică «nevrozele își au destinul lor». Dar destinul ideilor despre nevroze a depins de diversele interpretări ale medicilor în decursul timpului. Astfel, conceptul de «nevroză» a evoluat odată cu curentele și școlile psihiatrice existente.

Termenul de nevroză, utilizat pentru prima dată în secolul al XVIII-lea, desemna la început orice boală sau tulburare legată de creier; curînd după aceea, scoțianul Cullen (1776) folosește termenul pentru cuprinderea unor boli neuropsihice fără substrat anatomopatologic. De aici a rezultat desemnarea, printre aceste afecțiuni zise «fără leziuni», a unor boli cunoscute ulterior ca fiind de origine organică: epilepsia, coreea, tetania, cecitatea (orbirea), gușa exoftalmică etc. Odată cu progresele înregistrate în domeniul medicinii, sfera nevrozelor s-a restrîns mult, conturîndu-se caracterul lor funcțional și reversibil.

De fapt, termenul de «nevroză» este neadecvat, dar persistă încă și astăzi, avînd cu totul alt conținut.

Poate nici un alt domeniu al științelor medicale nu a fost atît de controversat ca acela al nevrozelor. El oferă în continuare un cîmp deschis, în care cele mai opuse păreri continuă să se înfrunte. Dar, de fapt, ce sînt nevrozele și care sînt cauzele lor?

Sub termenul de nevroze sînt grupate o serie de afecțiuni psihice foarte larg răspîndite, fără o bază anatomică cunoscută, apărute ca reacții determinate psihogen (prin traume psihice, factori emoționali negativi), în anumite condiții (surmenaj, subnutriție, convalescență, predispoziție) și manifestate prin complexe modificări psihice, cu răsunet somatic, pe care bolnavul le trăiește conștient și penibil. Evident, nevroza nu poate fi concepută în afara subiectivității individului.

Spre deosebire de «psihoze» — suferințe psihice care aparțin «marii psihiatrii» — nevrozele se situează în domeniul așa-zisei «micii psihiatrii», al «stărilor marginale».

Se admite azi, în unanimitate, că numărul cazurilor de nevroze a crescut mult (în special după cel de-al doilea război mondial) în întreaga lume, datorită unor factori psihostresanți de o mare complexitate. Și deși nevroza, ca problemă medicală aparține domeniului psihiatriei, noțiunea de «nevroză» a depășit mult granițele psihiatriei moderne, intrînd în limbajul cotidian. Termenul este folosit însă în accepțiuni diferite și de domenii ca: psihologie, pedagogie, filozofie, sociologie sau literatură. Din nefericire, abuzul utilizării acestui termen de către nespecialiști a dus la confuzii regretabile, iar finalmente la discreditarea noțiunii de **nevroză.**

Din grupa mare a nevrozelor, se desprind, în funcție de simptomatologia dominantă, patru categorii de nevroze: neurastenia, nevroza obsesivo-fobică, nevrozele mixte și nevroza isterică.

Neurastenia, termen pe care-l preferăm celui de «nevroză astenică», a fost descrisă de medicul american Beard în 1869, care o considera drept o boală autonomă. Tabloul clinic al bolii este dominat de o senzație de oboseală profundă, lipsă de energie, de elan (astenie), instalate treptat și însoțite de teama neputinței îndeplinirii îndatoririlor profesionale, de teama de eșec. Eforturile crescute depuse pentru corectarea deficiențelor de atenție și memorie nu duc la realizarea performanțelor anterioare îmbolnăvirii. Acestea generează și întrețin o stare de rău general, greu de definit, însoțită de neliniște, depresiune psihică, hiperemotivitate și irascibilitate. O serie de alte tulburări, ca: dureri de cap, senzații penibile și variate la nivelul diferitelor organe (palpitații, senzație de «greutate» sau de «apăsare» în dreptul inimii, senzația de «sete de aer», de «sufocare» de «rău de la stomac» etc.) provoacă o stare de disconfort somatic. Această falsă simptomatologie viscerală poate determina bolnavul să consulte mai întîi o serie de specialiști în medicina internă. Tulburările de somn apar sub forma de insomnii, somn neodihnitor sau inversiunea ritmului somn-veghe (somnolență diurnă și insomnii nocturne).

În cadrul neurasteniei, se descriu o serie de forme clinice: **forma simplă, forma depresivă** (în care predomină dispoziția tristă, depresiunea psihică), **forma anxioasă** (pe primul plan fiind neliniștea, încordarea, pe fondul cărora pot apărea unele oboseli și elemente ipohondrice); **forma cenestopată,** cu evoluție mai îndelungată decît celelalte forme, mai frecvente la femei și la persoanele cu un nivel mai scăzut de instruire (în special la cei proveniți din mediul rural). În această formă predomină așa-numitele cenestopatii (senzații penibile, localizate difuz în diverse regiuni ale corpului sau organelor interne, fără semne obiective de modificări organice).

Nevroza obsesivo-fobică reprezintă o suferință psihică generată de factori psihotraumatizanți, dominanta clinică fiind sindromul obsesivo-fobic. **Obsesia** se traduce printr-o idee, reprezentare, temere, apărute în conștiința bolnavului fără voia lui și împotriva cărora luptă, de cele mai multe ori fără succes, iar fobia printr-o teamă sau repulsie cu obiect precizat, impusă bolnavului fără voința sa, cu păstrarea atitudinii critice față de ea, dar cu neputința de înlăturare. Boala este cu mult mai rară decît precedenta.

Nevrozele mixte constituie zone de interferență între neurastenie și nevroza obsesivo-fobică, dominate de tulburări somato-motorii și vegetative, cu pondere mai crescută la vîrsta copilăriei. Mai frecvente sînt: nevroza ticurilor, logonevrozele (bîlbîiala sau gîngăveala), crampele profesionale etc.

Nevroza isterică, astăzi mult mai rar întîlnită, este o nevroză cu un aspect deosebit și forme diferite, bolnavul putînd să simuleze, fără intenție, orice aspect al patologiei; mai frecventă la femei, a mai fost denumită și «marea simulatoare». Simptomatologia este de ordin psihic, motor și senzitiv, apărînd în crize și accidente isterice, care pot fi reproduse prin sugestie și suprimate prin persuasiune. Acești bolnavi sînt, de obicei, sensibili, au trăiri emotive intense, rațiunea este dominată de afectivitate, prezintă o sugestibilitate exaltată, au o fantezie bogată, le place să fie compătimiți, sînt egoiști, cu tendința spre mitomanie, denaturează adevărul și inventează fapte care nu s-au întîmplat în realitate. Tulburările clinice apar deseori brusc, după o emoție puternică neplăcută sau o dorință neîmplinită. Ele se intensifică dacă bolnavul este în centrul atenției anturajului, căpătînd un aspect teatral, demonstrativ, sau dispar cu atît mai repede, cu cît nu i se acordă atenție. În orice caz, bolnavii se dovedesc a fi foarte prudenți, și în crizele mari de cădere, care impresionează atît de mult pe cei din jur, ei își iau măsuri de precauție să nu se lovească, știu să «cadă pe moale».

Crizele isterice, oricît de dramatice ar părea, au un prognostic bun: ele dispar rapid și nu lasă urmă după un tratament adecvat.

Dar lucrul cel mai important, în cazul nevrozelor, este precizarea diagnosticului. Nimeni în afară de psihiatru nu trebuie și nu poate să stabilească un diagnostic corect. Trebuie să recunoaștem că astăzi se abuzează de acest termen și se pune cu multă ușurință acest diagnostic. Pentru un nespecialist, o etichetă comodă de «nevroză» poate să ascundă fie o simptomatologie a unor afecțiuni mult mai grave decît a unei nevroze, fie, dimpotrivă, să desemneze o stare banală de oboseală trecătoare. Adevăraţii nevrotici, cu un tablou clinic sever sau cu tendința la cronicizare și cu un potențial invalidant pe plan social, sînt uneori priviți cu aceeași suspiciune cu care sînt priviți și indivizii care se refugiază în boală.

Nimeni nu se poate trata singur eficient. Influențele unor lecturi făcute fără discernămînt pot fi nocive. Menționez un caz care, citind o broșură de popularizare a medicinii despre așa-zisa «nevroză astenică» și acuzînd banale stări de oboseală și rareori cefalee, s-a convins că «este bolnav de nevroză fără să fi știut», situație aproape comică, amintind de aceea a domnului Jourdain, care a aflat cu uimire că făcea... proză fără să știe!

Prognosticul nevrozelor este în general foarte bun, cu condiția aplicării unui tratament adecvat.

Evident, profilaxia primară a nevrozelor se impune de la sine. Ea este inclusă într-un ansamblu de măsuri de psihoigienă, cum ar fi: combaterea noxelor profesionale, evitarea surmenajului, a suprasolicitării, depistarea și înlăturarea factorilor de risc (boli somatice repetate, traume afective în familie sau serviciu etc.).

Intervenția terapeutică într-un stadiu precoce asigură o eficiență maximă, cu redobîndirea integrală a capacității de muncă și reinserție socială.

dr. **Paul P. Cortez**

Șeful secției psihiatrie, Spitalul «Gheorghe Marinescu», membru activ al Academiei de Științe din New York

SOMNUL ȘI INSOMNIA

conf. dr.
George N. Constantinescu
Clinica de psihiatrie, I.M.F. București

Perturbările somnului și insomniile sînt adesea un motiv de solicitare a medicului și, poate, de autoprescriere, mai mult sau mai puțin justificată, de somnifere. Fenomen banal și tranzitoriu de multe ori, ele pot fi și simptomul a numeroase afecțiuni somatice sau psihice. În ultimul timp, cercetările efectuate asupra somnului normal și patologic au adus noi date cu privire la insomnii și tratamentul lor. În centre și clinici specializate pentru studiul somnului au fost clarificate numeroase aspecte ale fiziologiei și patologiei somnului, precum și ale acțiunii acestuia legate de substanțele psihofarmacologice. În acest sens, s-au efectuat și în țara noastră studii valoroase de către colectivele de cercetători de la clinicile neurologice din Tg. Mureș și Spitalul «Colentina» din București.

Durata și distribuția în 24 de ore a somnului se modifică de-a lungul vieții. Astfel, durata medie a somnului descrește de la 16 ore sau mai mult la naștere, la 12 ore la 4—5 ani, și la 9 ore la 12—17 ani. La adulții tineri se ajunge la 8 ore, ea descrescînd apoi în continuare cu vîrsta (la bătrîni este mult mai scurtă, datorită trezirilor dese și prelungite). În general, se poate spune că ne petrecem în somn o treime din viață.

Somnul și veghea alternează într-un ritm regulat în decurs de 24 de ore, corespunzînd cu o serie de variații ale unor aspecte fiziologice, cum ar fi: temperatura corpului, excreția de urină, circulația, funcțiile endocrine și metabolice. Ritmicitatea somnului și veghei ridică problema controlului extern și intern al cunoscutului ritm zi-noapte. Controlul extern poate fi ușor înțeles prin schimbările în luminozitate și întunecime, temperatură, modificări sezoniere. Modalitățile de control intern sînt mai puțin cunoscute, dar se presupune că există mecanisme nervoase («ceasuri biologice»), care reglează o serie de bioritmuri, dintre care și cele legate de succesiunea zi-noapte, denumite și ritmuri nictemerale sau circadiene. S-a demonstrat că există dificultăți în menținerea ritmului somn-veghe la persoane care au străbătut distanțe lungi în avion, trebuind să se adapteze la o schimbare a orarului survenit în cîteva ore, ceea ce implică o schimbare și în orele de culcare și trezire.

Cercetările efectuate au arătat că din punct de vedere fiziologic există două feluri de somn: somn lent, *caracterizat printr-o profunzime din ce în ce mai mare a somnului și* somn rapid *sau paradoxal, caracterizat prin perioade de mișcări rapide ale globilor oculari.*

S-a observat că în timpul somnului normal se succed 4-6 cicluri (în medie de 90 de minute), compuse dintr-o perioadă de somn lent, urmată de o perioadă de somn rapid. Din totalitatea somnului, perioadele de mișcări rapide ale globilor oculari reprezintă 20—25%.

Una din cele mai interesante constatări făcute în studiul somnului se referă la faptul că visele corespund în timp cu perioadele de mișcări oculare. Dealtfel, persoanele trezite în această perioadă pot povesti amănunțit visele pe care le-au avut. De asemenea, s-a mai putut dovedi că persoane care afirmau că nu visează niciodată, trezite după perioada somnului rapid au putut relata vise.

Numeroase cercetări au arătat că deprivarea de somn duce la o serie de manifestări fiziologice și psihologice, cu atît mai severe, cu cît numărul de ore este mai crescut. Astfel, după o deprivare de 100 de ore, s-au constatat: oboseală crescîndă, instabilitate, tulburări de percepție, chiar idei de persecuție. Studiindu-se efectele deprivării de somn rapid, s-a observat că persoanele care au fost trezite sistematic mai multe nopți la rînd ori de cîte ori apăreau mișcările oculare au prezentat tulburări psihice, iar în nopțile următoare durata somnului rapid a crescut, fapt interpretat ca o «necesitate», pentru care pledează

și cercetările care au dus la evidențierea unei importante semnificații biologice a acestuia.

Somnul este influențat de numeroase substanțe. Compușii cu acțiune stimulantă asupra sistemului nervos ca: amfetaminele (exemplu, Benzedrina), cofeina, teobromina reduc durata somnului, producînd grade variate de insomnie. Reamintim că teobromina se găsește în cacao și ciocolată, cofeina în cafea și extractele de cafea.

O serie de alte substanțe au un efect invers, de inducere și menținere a somnului. Astăzi, industria farmaceutică cunoaște un număr crescut de medicamente somnifere sau hipnotice. Sînt unele substanțe psihotrope, care, fără a fi hipnotice, favorizează somnul prin acțiune relaxantă și de scădere a anxietății. În această categorie includem medicamentele tranchilizante (Meprobamat, Napoton, Diazepam) și neuroleptice (Clordelazin, Levomepromazin, Tioridazin). S-a constatat că persoanele care au luat multă vreme preparate somnifere prezintă dificultăți de a adormi și de a-și menține somnul, deși continuă să ia medicamentul cu care s-a obișnuit, ceea ce a dus la concluzia că hipnoticele devin ineficiente cînd sînt folosite cronic. Cercetările au mai arătat că substanțele hipnotice, ca dealtfel și alcoolul, reduc în mare măsură durata somnului rapid. Deosebit de semnificativ este faptul că întreruperea bruscă a acestor substanțe, după o administrare mai îndelungată, produce o creștere a perioadelor de somn rapid și o insomnie manifestată sub formă de coșmaruri, ceea ce explică și apariția dependenței de medicament. Dealtfel, angina pectorală și ischemia miocardică, hiperaciditatea și boala ulceroasă pot fi agravate în perioadele în care somnul paradoxal este prelungit. Acesta este un motiv de precauție în întreruperea bruscă a hipnoticelor la coronarieni și ulcerоși; de asemenea, această întrerupere bruscă poate duce și la crize convulsive.

Înainte însă de a vorbi de insomnie trebuie să fim convinși de realitatea ei. În primul rînd, trebuie avut în vedere că somnul adulților, tineri chiar, poate fi de mai multe ori întrerupt pentru perioade scurte, această tendință crescînd mult cu vîrsta. Este posibil ca aceste perioade să pară foarte lungi, dînd impresia de a nu fi dormit toată noaptea. Așa după cum am menționat, durata somnului scade odată cu vîrsta, existînd, în același timp, mari diferențe individuale în privința nevoii de somn. Au fost observate cazuri în care unele persoane dormeau mai puțin de 3 ore pe zi, fără să prezinte fenomene psihopatologice și fără să acuze lipsa de somn; altele, dimpotrivă, se plîng că nu dorm deloc, deși, în realitate, au un somn normal.

Manifestările insomniilor sînt variate. Cele mai frecvente sînt: dificultatea de a adormi, trezirea devreme sau întreruperea somnului perioade îndelungate. Se cunosc numeroase cauze ale insomniilor, începînd cu cele mai banale, cum ar fi: stări de conflict, îngrijorare, tensiune psihică în așteptarea unui eveniment, abuzul de alcool, cafea, ceai, tutun. Alte cauze provin din schimbări ale mediului provocate de călătorii, spitalizare, sau după schimbarea programului de muncă. Sînt cunoscute și tulburările de somn, ca o consecință a durerilor sau altor simptoame supărătoare ale unor boli. Insomnia constituie un simptom persistent într-o serie de boli psihice ca: neurastenia, stările depresive, precum și o serie de stări psihotice agitate, cum ar fi episoadele schizofrenice acute și mania.

Există practica greșită de a se administra hipnotice la cea mai mică tulburare de somn, uneori aparentă sau incidentală. Trebuie cunoscut că inconvenientele utilizării cronice a hipnoticelor la persoanele în vîrstă sînt mai mari și mai numeroase, ducînd la apariția de stări de confuzie mintală. Cel mai adesea persoanele care suferă de insomnie își administrează hipnotice fără prescripție medicală, necunoscînd modul de administrare și efectele secundare ale acestora. Experiența clinică a arătat că într-o serie de cazuri un scurt tratament psihoterapic, care să reducă tensiunile psihologice, are un efect salutar. Psihoterapia de relaxare este folosită, de asemenea, cu succes în tulburările de somn.

În cele mai multe cazuri de insomnie, indiferent de cauză și gravitate, anumite măsuri pot fi adăugate la un tratament psihoterapeutic sau farmacologic. Astfel, o baie caldă înainte de culcare, în care pacientul să stea liniștit 15—20 de minute, are efect relaxant muscular și sedativ. Evitarea, mai ales seara, a excitantelor nervoase, a unei mese copioase sau indigeste pot preveni, de asemenea, unele insomnii. Exercițiile fizice în timpul zilei și chiar cu cîteva ore înainte de

culcare au efect favorabil, constatîndu-se prelungirea stadiului de somn profund. Dimpotrivă, exercițiul fizic executat imediat înainte de culcare poate duce la insomnie. Este necesară, în general, o regularizare a programului zilnic, inclusiv a orei de culcare. Specialiștii recomandă celor care suferă de insomnie să nu rămînă în pat dacă nu pot dormi, ci să facă efortul de a se condiționa culcatul numai cînd simt nevoia de a dormi. Înaintea culcării sînt indicate numai activități relaxante, cele intensive (de exemplu, studiul) putînd să agraveze insomnia. Firește, în cazul insomniilor legate de boli somatice, de nevroze sau psihoze, numai medicul specialist este în măsură să instituie un tratament adecvat.

Necazurile copilăriei - bolile infectocontagioase

Din multitudinea bolilor cu care se confruntă organismul uman încă din cea mai fragedă vîrstă (perioada de nou-născut și sugar) se detașează o categorie aparte — bolile infectocontagioase.

Denumirea de «boli infectocontagioase» definește principalele trăsături caracteristice ale bolilor cuprinse în această categorie și anume:

— sînt boli infecțioase, deoarece agenții lor cauzali sînt microorganisme patogene (virusuri, bacterii, rickettsii etc.);

— sînt contagioase, putîndu-se transmite, de cele mai multe ori, cu multă ușurință de la o persoană bolnavă la alta sănătoasă, fie prin contact direct, fie prin intermediul unor mijlocitori (lenjerie, veselă etc.).

Din marele capitol al bolilor infecțioase, se detașează net ca frecvență cîteva boli, întîlnite de regulă la copil și numai în cazuri cu totul excepționale la adult, și anume: rujeola, rubeola, scarlatina, varicela, parotidita epidemică, tusea convulsivă.

În mod cert, fiecare familie cu copii se confruntă, și poate în cel mai fericit caz, numai cu una din aceste îmbolnăviri ale copilului, despre care este necesar ca părinții să cunoască cel puțin cîteva noțiuni în legătură cu clinica bolii, tratamentul și măsurile igieno-dietetice ce trebuie luate, atît înainte de sosirea medicului, cît și după ce diagnosticul a fost confirmat de acesta.

Dealtfel, în cele mai multe cazuri, recunoașterea acestor boli se face cu ușurință de familie încă înainte de sosirea medicului, care, de cele mai multe ori, nu face decît să confirme un diagnostic presupus de cei din anturajul copilului. Fac excepție însă cazurile atipice de boală sau cele complicate, a căror simptomatologie diferă mult de cea obișnuită.

Să încercăm să parcurgem împreună, destul de sumar însă, descrierea unora dintre cele mai frecvente boli contagioase ale copilului și anume: rujeola, rubeola și varicela, precizînd și măsurile ce trebuie luate la primele semne de boală, chiar de familie, complicațiile posibile ale acestora, precum și mijloacele de profilaxie.

Rujeola, cunoscută mai ales sub denumirea curentă de pojar și uneori sub cea de cori, este o boală infecțioasă provocată de un virus și extrem de contagioasă; se consideră că circa 90% din populație a făcut boala, la vîrsta copilăriei. Virusul rujeolic se transmite direct de la copilul bolnav la cel sănătos prin picăturile de secreție nazală sau din cavitatea bucală, răspîndite în jur prin vorbire și, mai ales, prin tuse.

Boala poate fi contractată la orice vîrstă; sugarul mic (din primele 4—5 luni) este rezistent la îmbolnăvire, deoarece prin îmbolnăvirea mamei în trecut, aceasta a devenit imună (rezistentă), producîndu-se în sînge niște mici corpusculi «anticorpi», capabili să protejeze atît mama contra unei noi îmbolnăviri, cît și sugarul (prin transferarea anticorpilor de la mamă la făt). Dar după 4—5 luni, această rezistență

la 139

înnăscută dispare, iar factorii de apărare sus-amintiți epuizîndu-se, copilul devine receptiv la boală. De reținut însă, că de la data contactului infectant și pînă la apariția primelor semne de boală, trece o perioadă de 8—12 zile sau 21—28 de zile, dacă cumva copilului i s-au administrat anterior (în ultimele 2—3 săptămîni) gamaglobuline. Această perioadă de aparentă sănătate a copilului, care a contractat deja virusul rujeolei, se numește perioada de incubație.

După expirarea perioadei de incubație, încep să apară semnele bolii: febră 38—39°, dureri de cap (acuzate numai de copilul mai mare), indispoziție, lipsa poftei de mîncare, înroșirea globilor oculari, lăcrimare intensă și, ulterior, pleoapele umflate (realizînd aspectul de copil care a plîns), secreție nazală abundentă, însoțită de strănut, tuse frecventă (la început uscată), voce răgușită. În acest stadiu, în cavitatea bucală a copilului apar unele modificări, pe care orice mamă le poate controla cu ușurință, folosind pentru deschiderea gurii copilului coada unei linguriță. Astfel, se observă: congestionarea intensă a fundului gîtului și amigdalelor, mici puncte roșii, unele chiar hemoragice, mai ales pe vălul palatin și fundul gîtului; limba este și ea de culoare roșie. Modificări ca cele întîlnite în cavitatea bucală a copilului apar și de-a lungul tubului său digestiv, constituind cauza apariției unor suferințe digestive: vărsături, dureri abdominale difuze, uneori diaree. Concomitent cu toată această simptomatologie apare și erupția rujeolică caracteristică, alcătuită din mici pete congestive, de culoare roz-brună, de mărimi variabile (de la o gămălie de ac și pînă la pete mari, cu 1—3 cm în diametru) și margini neregulate. Petele sînt ușor reliefate și catifelate la pipăit. Pielea capătă un aspect pătat și este de multe ori ușor pruriginoasă, așa încît determină copilul să se scarpine continuu. Primele pete apar înapoia urechilor, pe ceafă,frunte, obraji, apoi coboară pe gît, pe piept, pe abdomen și, în final, pe trunchi și membre. După 2—3 zile, aceste pete încep să pălească și dispar exact în ordinea în care au apărut, lăsînd după ele, pentru alte cîteva zile, pete brun-cafenii. De cele mai multe ori, urmează o ușoară descuamare (cojire) superficială a tegumentelor. Boala durează 8—10 zile, după care copilul se consideră vindecat clinic.

Tratamentul unui astfel de caz este relativ simplu și constă în îngrijiri igienice atente și o medicație simptomatică cît mai simplă, administrată de familie. Pe toată perioada febrilă și cîteva zile după aceea, copilul va sta în repaus la pat. Alimentația în perioada febrilă va fi, preferabil, lichidă (ceai, limonadă, apă minerală, supe), iar după scăderea febrei, se va introduce treptat alimentația normală vîrstei, fără nici o restricție. Tratamentul medicamentos constă din administrarea de antitermice și, la nevoie, împachetări umede cu apă (la temperatura camerei) și nu cu alcool, cum greșit se procedează uneori. Tusea, care inițial este «uscată», va fi tratată cu antitusive, în funcție de vîrstă, și ulterior, cînd devine «productivă», se administrează infuzii expectorante. Această medicație simplă este suficientă pentru tratamentul rujeolei necomplicate. **Administrarea antibioticelor în aceste cazuri este nejustificată.**

În situația în care nu s-a respectat tratamentul medicamentos și igieno-dietetic, dar uneori chiar și atunci cînd el a fost administrat corect, evoluția bolii poate fi nefavorabilă, apărînd complicații. Uneori puțin severe, alteori de gravitate mare, complicațiile rujeolei se datoresc fie rezistenței scăzute a organismului, fie agresivității crescute a unui anume tip de virus rujeolic. Complicațiile rujeolei sînt mai frecvente și mai grave la copiii sub 2 ani. Reapariția febrei (după ce dispăruse pentru cîteva zile), alterarea stării generale, apariția vărsăturilor severe, starea de agitație, durerile de cap, convulsiile, tusea frecventă, însoțită de dificultăți în respirație, sugerează apariția unor complicații, ce nu pot fi tratate decît într-un spital de specialitate (pediatrie sau boli infecțioase). Numai simpla enumerare a complicațiilor posibile postrujeolice este suficientă pentru a atrage atenția asupra riscului pe care îl comportă uneori îngrijirea unei rujeole, aparent «inofensivă». Dealtfel, se știe că dintre bolile contagioase obișnuite ale copilului, rujeola deține primul loc, atît în ceea ce privește numărul, severitatea și diversitatea complicațiilor, cît și prin procentul crescut de mortalitate specifică. Complicații ca: crupul rujeolic, bronhopneumonia, encefalita sau otita nu se datoresc virusului rujeolic direct, ci suprainfecției cu alți germeni microbieni. De aceea, o atenție deosebită trebuie acordată prevenirii îmbolnăvirii copiilor contacți de rujeolă, ceea ce se realizează prin administrarea de gamaglobulină, cît mai aproape posibil de data ultimului contact infectant. Gamaglobulina administrată în primele 3—4 zile poate preveni boala; după 5 zile, efectul ei constă numai în atenuarea formei de boală. Pentru protecția în masă, în ultimul timp se folosește cu succes vaccinarea antirujeolică, capabilă să confere rezistență față de această boală, severă nu atît prin ea însăși, cît prin complicațiile ei.

Rubeola, denumită și pojărel, este o boală infectocontagioasă înrudită cu rujeola, dar întreaga sa simptomatologie, precum și evoluția bolii, sînt mult mai puțin importante și severe. Cauzată, de asemenea, de un virus, boala are un mare grad de contagiozitate, dar totuși inferior rujeolei. Ea apare începînd din luna a V-a — a VI-a de viață a copilului și se întîlnește la orice vîrstă; deseori apar epidemii în rîndul elevilor, studenților, militarilor. Modalitatea de transmitere a bolii este aceeași ca în rujeolă, iar perioada de incubație variază între 14—21 de zile.

Primele semne de boală sînt: febra moderată (37,5—38°), discretă hiperemie conjunctivală, guturai, tuse, indispoziție. Apare apoi o erupție care amintește de cea din rujeolă, dar de intensitate și durată mult reduse. Spre deosebire de rujeolă, în acest caz întîlnim inflamarea ganglionilor limfatici ai cefei,

părții laterale a gîtului, în spatele urechii și în axile, care ajung pînă la mărimea unei alune. Acest fenomen apare înaintea erupției și persistă 2—6 săptămîni. Întreaga evoluție a bolii este ușoară. Unele forme sînt lipsite de febră, iar altele chiar și de erupția cutanată, în care caz, diagnosticul se face pe baza examenelor de laborator. Datorită acestor considerente, sînt posibile erori de diagnostic între formele ușoare de rujeolă și cele obișnuite de rubeolă. Așa se explică și nedumerirea unor mame în fața medicului, care stabilește la copil diagnosticul de rujeolă sau rubeolă, boală pe care copilul a mai făcut-o în trecut (se știe că ambele lasă o rezistență definitivă, solidă, pentru tot restul vieții). Complicațiile în rubeolă sînt extrem de rare, singura de temut fiind encefalita. Tratamentul rubeolei se face la domiciliu și este asemănător, poate chiar mai simplu decît în rujeolă. Prevenirea bolii prin administrarea de gamaglobulină nu este utilă.

Varicela, denumită adesea în vorbirea curentă «vărsatul de vînt», este o boală infecțioasă cauzată tot de un virus, și este extrem de contagioasă. Transmiterea bolii de face prin contact direct de la bolnav la sănătos, prin intermediul picăturilor de salivă sau de secreții nazale și numai rareori indirect, prin intermediul obiectelor provenite de la bolnavi. La 14—15 și uneori chiar la 20 de zile de la contact, bolnavul prezintă primele semne de boală: febră, dureri de cap, dureri musculare. Imediat apare și erupția caracteristică, constînd în mici pete roșii proeminente la suprafața pielii și care se transformă treptat în vezicule, asemănătoare «picăturilor de rouă», puțin rezistente la apăsare. Cu timpul aceste vezicule se turtesc, conținutul lor scade și se tulbură, luînd aspectul de puroi. În final, se usucă și crusta formată se va dezlipi, lăsînd o zonă ușor sidefie. Durata evoluției acestei erupții este de 20 de zile. Erupția apare mai întîi pe corp, apoi pe față, cap, membre și, uneori, în cavitatea bucală. Evoluția bolii este de regulă ușoară, numai rareori putînd surveni complicații: pneumonia variceloasă (mai ales la adulți) și encefalita.

O mențiune specială trebuie acordată localizării oculare a veziculelor, provocînd imediat dureri oculare, lăcrimare intensă și, tardiv, complicații severe (ulcerații conjunctivale, keratite). Nu rareori, veziculele cutanate, prin rupere sau scărpinare, se pot infecta cu microbi diverși, ducînd la: erizipel, abcese, flegmoane. Tratamentul în varicelă este simplu, numai simptomatic; bolnavul nu necesită spitalizare. Febra va fi combătută prin antitermice, iar pruritul cutanat prin tamponare cu talc sau alcool mentolat 1%. Pentru a împiedica copilul să-și scarpine și să-și rupă leziunile, se recomandă pansarea mîinilor sau îmbrăcarea unor mănuși de pînză. Baia generală este contraindicată pînă după căderea crustelor. În cazul suprainfectării ulcerațiilor, se vor folosi unguente cu antibiotice. Administrarea gamaglobulinei în scop preventiv este ineficientă, iar antibioterapia în scop curativ, indezirabilă.

În cele prezentate, m-am adresat în special mamelor, din dorința de a contribui la însușirea unor cunoștințe utile referitoare la tratamentul igieno-dietetic și medicamentos al bolilor infectocontagioase ale copilului, astfel încît ele să știe să procedeze corect, pentru a evita toate neplăcerile pe care aceste boli le pot genera.

Dr. Octavian Popescu

Doctor în științe medicale, medic primar
Spitalul de copii «Caraiman», București

A FI... CULMEA

Culmea îmbolnăvirii: să faci o entorsă, fugind după o himeră.
Culmea acțiunii preventive: să vaccinezi un braț al Dunării.
Culmea atenției medicale: să îngrijești un creion, care are o mină proastă.
Culmea îngrijirii: Să bandajezi piciorul unui pat.
Culmea reușitei în terapia odihnei: să-l convingi pe un pescar să se mulțumească numai cu... un pui de somn.

Ion Vulpescu

COPIII
și accidentele

În ultimii ani se atrage atenția, din ce în ce mai mult, asupra creșterii morbidității (îmbolnăvirilor) și mortalității (deceselor) la copii prin accidente și intoxicații accidentale.

Dacă în multe țări din lume morbiditatea și mortalitatea prin boli contagioase și bacteriene a scăzut foarte mult datorită profilaxiei prin vaccinări și utilizării mijloacelor moderne terapeutice — în primul rînd chimioterapice și antibiotice — astăzi, prima cauză de deces la copiii trecuți de vîrsta de 1 an o constituie accidentele și intoxicațiile accidentale.

«Accidentul nu este accidental» și de neprevăzut. Aproape, de regulă, accidentele și intoxicațiile sînt o consecință a neglijenței atît din partea familiei (în special în cazul copiilor de vîrstă mică), care nu a luat măsuri de educație pentru prevenirea lor, cît și din partea unor conducători auto.

În afara factorului educativ, studiile efectuate au arătat că anumite accidente se produc la o anumită vîrstă, în funcție și de dezvoltarea lor psihomotorie.

Astfel, **sugarul,** în primele luni de viață, se poate sufoca cu perna, cu plapuma; de la 6—7 luni sînt frecvente căderile din pat sau chiar strangulările, introducînd capul printre zăbrelele patului; de la 8—9 luni, cînd sugarul începe să ducă la gură tot ce apucă, este posibilă sufocarea prin aspirare în căile respiratorii a unor obiecte (nasturi, monede, ace) sau înghițirea lor, ceea ce poate da accidente digestive.

După vîrsta de 1 an, cînd copilul începe să circule liber, întîi prin casă, apoi în afara casei, se pot produce:

— accidente de casă: arsuri cu lichide fierbinți și răniri grave (prin explozia unor materiale combustibile), căderi (de la fereastră, balcon), tăieri (cu obiecte tăioase);

— accidente de joc: traumatisme, plăgi cu obiecte tăioase, fracturi etc.;

— accidente la școală în orele de gimnastică și sport;

— accidente de stradă, predominînd cele de circulație (bicicletă, mașină, tramvai etc.);

— accidente la munca cîmpului (legate de mecanizare);

— accidente prin electrocutare (obiecte electrice de uz casnic cu izolație insuficientă, firele rețelei electrice etc.);

— accidente prin arme de foc (lăsate încărcate) și explozive;

— accidente prin mușcături sau împunsături de animale;

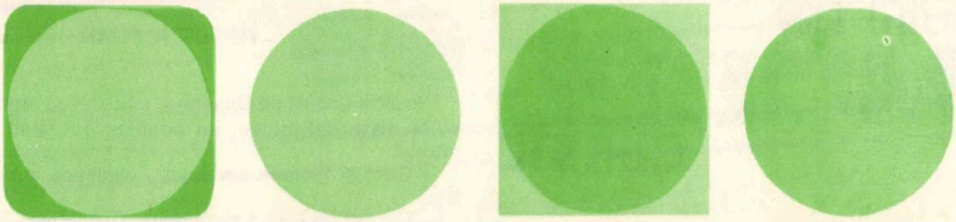
— accidente prin înec sau submersie.

La grupa de vîrstă 1—3 ani predomină accidentele de casă, dintre care arsurile sînt cele mai frecvente și mai grave.

De la **3—7 ani** apar cel mai frecvent accidentele de circulație (copilul circulînd neînsoțit) și căderile de la înălțimi.

De la **7 ani,** la accidentele de circulație, care predomină, se adaugă și accidentele de sport, iar de la 15 ani și cele de muncă.

Se semnalează că la băieții trecuți de vîrsta de 1 an, accidentele sînt de 2—3 ori mai frecvente decît la fetițele de aceeași vîrstă, fapt explicat și prin preocupările diferite ale celor două sexe. Dar frecvența cu care se întîlnesc unele accidente variază și cu anotimpul: în timpul vacanței de vară, la școlari, crește foarte mult numărul accidentelor de circulație și cele prin înec; primăvara și toamna (sezonul fructelor crude și coapte) ocazionează creșterea accidentelor prin cădere din pom.



Concluziile diverselor simpozioane și lucrări privind accidentele la copii subliniază că dacă «riscul» producerii unor accidente este mult crescut în ultimul timp, responsabili sînt, în primul rînd, familia și educatorii; de asemenea, analiza cauzelor arată că accidentele la copii pot fi prevenite cu ușurință, aproape în totalitatea lor, prin eliminarea cauzelor care le produc și prin educarea și supravegherea copiilor. Copilul nu va fi «imobilizat» în casă sau în curte pentru a evita accidentul, dar va fi educat, pe măsura înțelegerii lui, să devină prudent, să-și dea seama din timp de pericol. Prudența, fără a-l face însă fricos, îi va permite, cu timpul, o independență de acțiune și un mod de reacție corespunzător în fața pericolului.

De asemenea, în ultima vreme s-a semnalat și **creșterea frecvenței intoxicațiilor accidentale la copii.** Cauza principală o constituie, în primul rînd, neglijența părinților, care lasă la îndemîna copilului o serie de produse chimice de uz casnic-menajer, precum și unele produse farmaceutice și cosmetice. La acestea se adaugă, în mediul rural, și intoxicațiile produse de substanțe chimice folosite ca îngrășăminte sau distrugătoare de dăunători, apoi cele produse de soda caustică, folosită la prepararea săpunului, precum și cele produse de ciuperci otrăvitoare; chiar și «apa de pup» de calitate necorespunzătoare poate să ducă la o intoxicație gravă mortală, în special la sugari (folosită în diluția de lapte sau sub formă de ceai).

Acidul boric, folosit ca soluție pentru pansarea și dezinfecția unor plăgi, sau în «pudrele» pentru sugari, poate să ducă, de asemenea, la intoxicații grave.

Intoxicațiile cu sodă caustică dizolvată în apă, pe care copiii o confundă ușor cu apa de băut, frecvente în special în mediul rural, pot lăsa urme grave (cicatrice) pe esofagul și stomacul copilului, făcînd imposibilă alimentația.

Intoxicațiile cu medicamente sînt relativ frecvente. Copiii, cu cît sînt mai mici, cu atît sînt mai sensibili la acțiunea unor medicamente. Astfel, **Cloramfenicolul** ingerat de copil în prima lună de viață sau chiar pînă la 2—3 luni de un prematur poate să determine o intoxicație gravă mortală. Sugarii nu suportă preparate care conțin opiacee (codeină, dionină, morfină), semnalîndu-se cazuri de intoxicații mortale la cei hrăniți la sîn de mame care își fac injecții cu morfină — substanță care trece ușor în lapte. Intoxicația cu **Romergan** — mai ales la sugari și copii mici — se produce cu ușurință dacă se depășește foarte puțin doza. Din cele relatate rezultă că nu trebuie să lăsăm medicamente la îndemîna copiilor, ei fiind tentați să le consume în cantități mari, datorită gustului plăcut (siropuri) sau aspectului atrăgător (drajeuri dulci etc.).

Intoxicația cu băuturi alcoolice este mai frecventă la preșcolari și școlari: 250—300 ml țuică pot să producă intoxicație gravă și comă mortală.

Jucăriile din plumb, unele **«pudre» pentru sugari,** care conțin plumb, pot da intoxicații grave, ca și unele **cerneluri** și **culori de anilină, tușul** (pentru ștampile), chiar și **plastilina** sau unele produse **cosmetice** (oja, vopselele de păr, dezodorizantele). Semințele (fructele) și frunzele unor plante de ornament ingerate de copii, ca și unele ciuperci, produc intoxicații prin substanțele pe care le conțin.

Prevenirea acestor intoxicații accidentale stă la îndemîna fiecăruia dintre noi — este necesară însă multă prudență și atenție.

conf. dr. doc. *V. Petrescu - Coman*

SPICUIRI DIN UMORUL CLASIC

REPLICĂ PROMPTĂ

Voltaire vizita într-o zi un spital de alienaţi mintali şi întîlnind un pensionar care părea mai liniştit decît ceilalţi, îl întrebă dacă ştie de ce se află acolo.

— O, domnule — răspunse acesta —, sînt aici din cauza unei maladii, care pentru noi se numeşte nebunie, iar pentru dumneavoastră geniu.

RUGĂCIUNE CHIBZUITĂ

Poetul englez William Davenant îşi pierduse nasul în urma unui accident.

Mergînd odată pe stradă, o cerşetoare se luă după el.

— Dumnezeu să vă păzească ochii! — îi spuse ea.

Poetul scoase o monedă din buzunar, i-o dădu şi-şi continuă drumul.

— Dumnezeu să vă păzească ochii! — repetă femeia, ţinîndu-se după el.

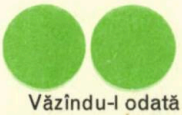
Surprins de această insistenţă, Davenant se opri şi o întrebă de ce se roagă atît pentru ochii lui, căci slavă Domnului, vede destul de bine.

— Da, sir — spuse femeia —, dar ce vă faceţi dacă vă slăbesc ochii, că dumneavoastră n-aveţi pe ce să sprijiniţi ochelarii?

ÎNTRE VECINI

Poetul latin, Pacuvius, se plîngea într-o zi vecinului său, Arius, că are în grădină un arbore de care s-au spînzurat toate cele trei soţii ale sale.

— Vecine, — spuse Arius — n-ai vrea să-mi dai un altoi să-l sădesc şi în grădina mea?



REPLICA FILOZOFULUI

Văzîndu-l odată pe Descartes mîncînd cu multă poftă nişte delicatese, un bogătaş gurmand îl întrebă:

— Cum, şi filozofii apreciază asemenea bunătăţi?

— De ce nu? — i-a răspuns Descartes. Vă închipuiţi, oare, că natura a produs asemenea bunătăţi numai pentru stomacul inculţilor?

ÎNAINTE ŞI DUPĂ...

Marchiza de Bonneuil, recunoscută pentru averea, dar şi pentru avariţia ei, surzise de o ureche şi un bun prieten îi recomanda un specialist care ar fi putut s-o vindece.

— Ah, dacă mă vindecă — exclamă ea —, îi dau două sute de galbeni.

— Două sute de galbeni! — se minună prietenul. — Doamnă, mă tem că după ce veţi fi vindecată, veţi rămîne surdă de ambele urechi.

DE OCHII LUMII

Era pe vremea cînd începuseră să se facă primele operaţii de strabism.

Căsătorit de curînd, un tînăr englez care suferea de această malformaţie oculară, vrînd să facă o surpriză soţiei sale, pretextă o călătorie de afaceri în provincie şi se duse să se supună operaţiei.

Reîntors acasă, contrar aşteptărilor, soţia nu numai că nu se bucură, dar fu de-a dreptul decepţionată.

— Nu te mai recunosc! — spuse ea, furioasă. — Din acest moment ne despărţim. Nu vreau să spună lumea că mi-am schimbat bărbatul...

ÎNTRE MEDIC ŞI... DETECTIV

Arthur Conan Doyle, creatorul celebrului detectiv Sherlock Holmes, pe lîngă scriitor cu renume a fost şi unul dintre cei mai apreciaţi medici ai epocii sale.

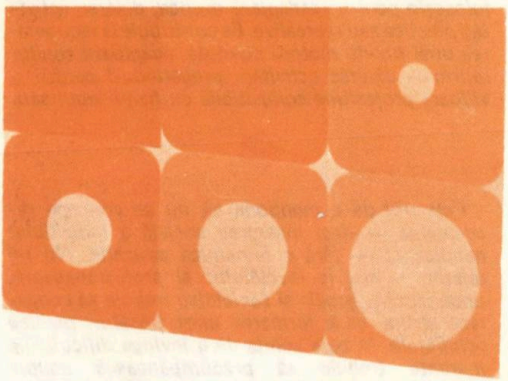
După o consultaţie, punînd unei paciente diagnosticul de maladie venerică, aceasta spuse:

— Tare aş vrea să ştiu, cine m-a îmbolnăvit?

— O, doamna mea, — răspunse Doyle — eu sînt medic; nu-mi cereţi să fac şi pe Sherlock Holmes.

Ion Vulpescu

readaptarea copilului handicapat fizic



Handicapată este acea persoană care prezintă o deficiență fizică sau psihică, drept urmare a unei leziuni senzoriale sau motorii. Termenul de handicap, cuvînt de origine engleză, care înseamnă «a purta o greutate», sugerează dificultățile pe care persoana le are de întîmpinat. De la început trebuie să facem o deosebire între deficiențele copilului, care în bună măsură sînt recuperabile, și infirmitatea adultului, care reduce în mod definitiv capacitatea individului de a face față nevoilor curente ale vieții.

Actualmente există tendința de a se introduce în conceptul readaptării și handicapul social-educativ (lipsa de instrucție, alcoolismul, delincvența juvenilă, toxicomania etc.), față de care dacă nu se iau măsurile corespunzătoare de readaptare, vor constitui, pentru individul devenit adult, infirmități mai grave decît o deficiență fizică recuperată prin integrarea socială a individului.

Deficiențele fizice ale copilului pot fi congenitale (din naștere) sau dobîndite. La rîndul lor bolile congenitale se împart în: primare (ereditare) și secundare, care provin prin acțiunea unor factori neereditari, în timpul sarcinii. Astfel, virozele, infecțiile bacteriene, parazitozele, traumatismele, diabetul, hipertensiunea arterială, avitaminozele, ingestia de medicamente etc. pot leza embrionul sau fătul. Acest pericol reclamă o atentă supraveghere medicală a femeilor în primele luni de sarcină.

Tot din grupa deficiențelor fizice congenitale secundare fac parte și diformitățile sau bolile produse prin însuși actul obstetrical. Travaliul prelungit, manevre intempestive, pot cauza hemoragii cerebrale, paralizii obstetricale, fracturi etc.

Deficiențele fizice pot fi socotite, în mare, preponderent osteoarticulare și preponderent neuromusculare. Prin frecvența lor mare, un loc aparte îl ocupă însă deficiențele fizice de postură, anomalii de formă, datorate devierii axului coloanei vertebrale (scolioză, cifoză), picioare plate etc., care apar în special în perioada de creștere intensă dinaintea pubertății.

Pentru recuperarea copilului handicapat fizic, stabilirea unui diagnostic precis, cît mai precoce, are o valoare deosebită, deoarece rezultatele recuperării vor fi cu atît mai bune, cu cît tratamentul este început mai de timpuriu. Depistarea deficienței trebuie să aibă loc înainte de a se instala o diformitate, care apoi mai greu ar putea să fie corectată.

În tratamentul handicapurilor fizice ale copilului se recurge pe de o parte la ortopedie și chirurgie** ortopedică, iar pe de altă parte la mijloacele medicinii fizice. Ortopedia este capabilă să refacă **o morfologie defectă și să corecteze unele diformități. Dacă în unele malformații aplicarea imediată a mijloacelor ortopedice constituie o indicație precisă, în alte cazuri este o greșeală de a apela la posibilitățile chirurgiei ortopedice atunci cînd indicațiile nu sînt ferme, adică înainte de vîrsta la care știm precis că putem avea rezultate bune. În luxația congenitală a șoldului, în piciorul strîmb congenital, se va apela cît mai neîntîrziat la corectarea ortopedică (nu chirurgicală) a diformității, în** timp ce alte diformități vor trebui să aștepte efectul altor mijloace fizice sau terminarea creșterii osoase, **pentru a fi corectate chirurgical.

Tot ortopedică este și protezarea, factor de mare importanță în recuperare, adeseori indispensabilă pentru a permite o funcție elementară, cum ar fi mersul sau prehensiunea. În această noțiune largă se subînțeleg și aparatele ortopedice, atelele de corecție, corsetele, ca și încălțămintea ortopedică. Aceste aparate au rolul de a imobiliza, de a se opune unei contracturi și chiar de a corecta o diformitate.

***În recuperarea copilului handicapat se recurge și la mijloacele medicinii fizice — fizioterapia —** care cuprinde o gamă foarte largă, cum ar fi: băi calde, în care eventual se execută și mișcări, pasive sau active (hidrokinetoterapie), împachetări cu nămol (fangoterapie) sau parafină, aplicarea frigului, băi de mare (talasoterapie), electroterapia, care folosește curenți de joasă frecvență (ionizări, faradizări) sau curenți de înaltă frecvență (raze*

ultrascurte) etc. Pentru copii, o deosebită importanță o au razele ultraviolete ale luminii solare. După cum se știe, datorită acestor raze, ergosterina din tegumente este transformată în vitamină D, factor antirahitic esențial pentru mineralizarea oaselor, deci pentru creșterea lor.

◆

Un mijloc important în recuperarea funcțională a copiilor handicapați fizic îl reprezintă și gimnastica medicală. Exercițiile fizice, mișcarea, în general, constituie nu numai un mijloc ideal de prevenire a îmbolnăvirilor, de călire și creștere a rezistenței organismului față de diferite infecții, ci și o formă de tratament. Prin gimnastică îndrumată medical, după anumite reguli și principii, se asigură o dezvoltare armonioasă a corpului, se pot corecta vicii de postură, deficiențe fizice. În cazul unor handicapuri grave, gimnastica medicală realizează o adaptare maximă a organismului, urmărind recăpătarea cît mai urgentă și mai deplină a funcțiilor motorii indispensabile — prehensiunea și locomoția. Uneori, ea trebuie să ajute la mărirea amplitudinii de mișcare a unei articulații, care a suferit o leziune sau o imobilizare îndelungată. O valoare deosebită o au și metodele de reeducare neuromusculară, metode care folosesc mecanisme nervoase fiziologice pentru îmbunătățirea funcțiilor motorii. Aceste metode sînt utilizate în handicapurile preponderent neurologice: paralizii cerebrale sau periferice.

◆

Copiii handicapați fizic necesită de obicei un tratament de recuperare funcțională pe toată perioada creșterii, pentru întreținerea și consolidarea rezultatelor obținute, pentru prevenirea instalării sau înrăutățirii unor diformități. În acest scop, gimnastica medicală ocupă un loc deosebit de însemnat.

◆

La copiii mai mari, la care deprinderile motorii au fost formate, este posibilă cooperarea inteligentă a acestora, folosind mijloace deosebit de utile, cum sînt: sportul și ergoterapia. Chiar în cazurile cu deficite importante se poate recurge la sporturi pe măsura posibilităților, practicate eventual în condiții speciale.

Ergoterapia este forma de tratament kinetic care folosește pentru readaptare munca, diverse activități practice sau recreative. Ea contribuie la recuperarea unei funcții motorii pierdute, adaptează copilul infirm la diverse activități, pregătindu-l pentru o viitoare profesiune compatibilă cu handicapul său.

◆

Este util de a menționa că nu se concepe readaptarea — deci inserarea socială a individului handicapat — fără o temeinică educație. Nu ne referim numai la învățămînt și profesionalizare, unde familia, școala și societatea trebuie să coopereze strîns, ci la formarea unor trăsături psihice echilibrate, în care voința de a învinge dificultățile inerente trebuie să precumpănească asupra complexelor de inferioritate și a unui spirit de descurajare.

Tratați medical precoce și cu insistență, deprinși de mici să se servească singuri și să-și depășească cu ambiție deficiențele, copiii handicapați fizic pot dobîndi o recuperare funcțională, care să le permită integrarea lor socială în mod util.

Dr. Nicolae Robănescu

FAMILIA ȘI DEZVOLTAREA PSIHOAFECTIVĂ A COPILULUI

Educația în familie urmărește să dezvolte inteligența copilului, să-i modeleze caracterul și să-i promoveze dezvoltarea personalității, în special în perioada micii copilării și înainte de intrarea în școală.

A dezvolta INTELIGENȚA copilului înseamnă a-i dezvolta capacitatea de adaptare la mediu, începînd cu actul cunoașterii senzoriale a sugarului — act reflex-instinctual — și pînă la gîndirea abstract-logică a adolescentului, cu începuturile comportamentului rațional.

În formarea CARACTERULUI unui copil, părinții au datoria de a structura în comportamentul său social atitudini și conduite stabile, unitare, care să-l facă capabil de reacții previzibile pentru cei din jur.

O latură educațională la fel de importantă în formarea psihoafectivă a copilului o constituie dezvoltarea personalității. Aceasta înseamnă a-l stimula pe copil în așa fel încît să poată deveni el însuși diferit de ceilalți, deosebit prin caracterul inteligenței sale, al voinței, al temperamentului, al unor abilități, aptitudini sau talente care să-i definească o INDIVIDUALITATE nerepetabilă, cît mai marcată de originalitate. Familia urmărește, așadar, să înmănuncheze trăsături de caracter cît mai pozitive și o personalitate cît mai pregnantă în raport cu exigențele vieții sociale și cu idealurile societății în care trăiește și se dezvoltă copilul.

Ce înseamnă însă afectivitatea? Ce loc ocupă ea în activitatea psihică a copilului, în dezvoltarea lui intelectuală și care sînt implicațiile ei în problemele de sănătate mintală?

Afectele reprezintă veriga intermediară între actul de cunoaștere și reacția adaptativă. După ce a luat cunoștință de ceea ce se întîmplă în jurul său, copilul ia atitudine față de această realitate și numai după aceea reacționează sau acționează în consecință. Aceste atitudini pot fi pozitive sau negative, de acceptare sau de refuz, în funcție nu numai de utilitatea factorilor de mediu, de caracterul lor plăcut sau de periculozitatea lor reală sau potențială, ci și în funcție de nevoile personale, de interesele și de dorințele sale. Așa, de exemplu, copilul se bucură cînd i se satisface o dorință, se întristează cînd i se refuză, este mînios cînd întîmpină un obstacol, sau simte teamă cînd nu întrevede posibilitatea satisfacerii unei nevoi vitale sau se simte în pericol. Bucuria, frica, mînia, tristețea sau durerea morală, cu alte cuvinte emoțiile, sînt afecte de scurtă durată, dar de o mare intensitate, prin modificările pe care le antrenează în plan neurovegetativ, neuroendocrin și în activitatea organelor interne.

Cu timpul, sub influența educației, se structurează la copil și atitudini mai stabile: atașamentul față de cei ce-l îngrijesc, îl ocrotesc și îl iubesc, față de lucrurile și locurile cu care s-a obișnuit și în care a trăit, față de activitățile și realizările pentru care a fost lăudat și răsplătit. Acestea sînt însă afecte de durată.

Care este originea acestor afecte? Ea trebuie căutată în chiar nevoile personale ale copilului, în trebuințele, interesele și dorințele sale. Ele trebuie create, formate, dezvoltate în cadrul procesului educativ, necesitînd «modele» și «autorități educative», precum și «stimuli de întărire», manifestați prin sancțiuni bazate pe răsplată și pedeapsă.

Trăind în familie, grădiniță și școală, antrenat în activitatea de autoservire, muncă școlară și activități extrașcolare, primind sarcini și responsabilități mai mici sau mai mari, copilul simte nevoia de a fi aprobat. Aprobarea maternă la care aspiră el constă în mîngîieri, încurajări verbale, aprecieri laudative. Fie sugar sau școlar, copilul simte nevoia să fie acceptat, apreciat, prețuit. În familie, el se vrea ocrotit și iubit. Atitudinea familiei de a accepta sau a respinge, de a răsplăti sau pedepsi interesele, dorințele și activitățile copilului îi creează acestuia stări emoționale.

Alternarea acestor stări emoționale de sens contrar, pozitive și negative, stresante și relaxante, alcătuiesc echilibrul emoțional al copilului, atît de important pentru activitatea lui psihică, pentru dezvoltarea lui, pentru promovarea stării de sănătate somatică și mintală. Un bilanț emoțional echilibrat și pozitiv va menține în stare de bună funcționare mecanismele neurovegetative și neuroendocrine, influențînd în mod favorabil atît activitatea organelor interne (digestia, respirația, circulația, depurația, procesele de detoxifiere), cît și capacitatea de apărare față de îmbolnăviri (rezistența față de răceli și infecții), precum și creșterea rezistenței nervoase în general.

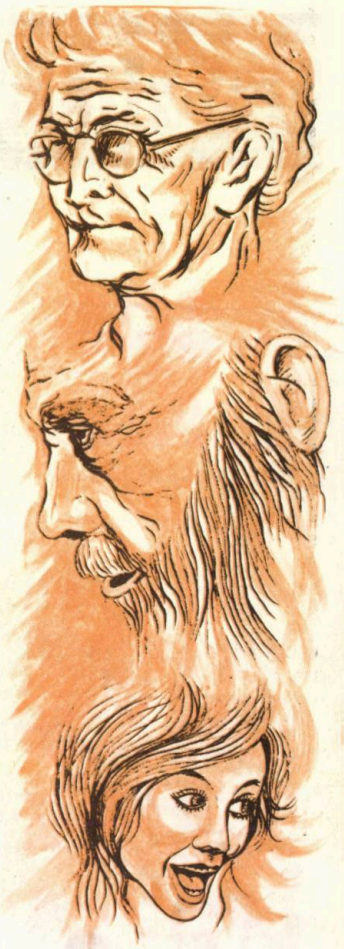
Dar un echilibru emoțional pozitiv nu înseamnă evitarea cu orice preț a emoțiilor negative din viața copilului. Acestea contribuie la călirea copilului, la creșterea rezistenței sale nervoase, în cazul în care nu depășesc un anumit prag. Un bilanț emoțional pozitiv relaxează, destinde, odihnește, reface, dar prelungit peste măsură moleșește și frînează copilul în dezvoltarea sa. Este util să precizăm că un bilanț emoțional negativ de lungă durată biciuiește, epuizează, astenizează funcția nervoasă și organismul, permițînd tulburări psihosomatice sau psihonevrotice.

Dar dacă, în majoritate, părinții sînt preocupați să creeze un climat favorabil dezvoltării psihoafective a copilului, nu trebuie să uităm că există și unele greșeli pe care aceștia le comit și asupra cărora am dori să ne oprim.

SUPRAPROTEJAREA constituie o concepție greșită de educație. Este vorba de copilul de obicei «unic» sau al unei mame rămasă singură, copilul ajuns în centrul intereselor și al preocupărilor părinților lui, căruia îi creează un climat de seră, de tutelă permanentă. Este vorba de copilul care are totul și mai mult decît are nevoie, care este servit la pat și care ajunge să nu-și mai dorească nimic, să nu mai aspire la nimic, să nu fie obligat la nici un efort; el nu va cunoaște satisfacția obstacolului depășit, nu va mai căuta victoria. În aceste condiții, copilul devine un neantrenat în activități și în efort, neîndemînatic, lipsit de inițiativă, dependent de mamă, nerezistent la boli, egoist, capricios în familie, timid în afara acesteia; va întîmpina greutăți la integrarea în colectivul școlar. Orice obstacol în loc să-l mobilizeze îi va demobiliza. Acest climat educativ va realiza o fragilizare, o nematurizare, o infantilizare a caracterului și personalității copilului.

NEGLIJAREA sau ABANDONUL MORAL constituie, de asemenea, o concepție greșită în formarea unor caractere integre. Aceștia sînt copiii insuficient îngrijiți, nespălați, neîmbrăcați, lăsați pe stradă ore întregi, necontrolați în activitatea lor, lipsiți de îndrumare, de încurajare, nepedepsiți cînd greșesc, nelăudați cînd au rezultate bune. Negăsind nici un răsunet în universul lor familial, pe ei nu-i mai bucură realizările, nu le mai caută, nu mai tind spre victorii, renunță la efort, devin indiferenți, apatici sau caută satisfacții în afara căminului părintesc, putînd ajunge astfel sub influențe nesănătoase.

Pe de altă parte, PERFECȚIONISMUL unor părinți foarte exigenți, care impun permanente eforturi copilului, care pretind tot



felul de performanţe, ignorînd de multe ori posibilităţile acestuia, cerinţele de vîrstă sau cele individuale, poate avea şi el urmări nefavorabile asupra dezvoltării psihice a copilului. Aceşti părinţi nu dau importanţă nici semnalelor de alarmă, nici apariţiei unor tulburări nevrotice (oboseală, frică, tulburări de somn sau inapetenţă) sau celor comportamentale (reacţie de demisie, de protest). Aici se încadrează şi acele mame maniace în ceea ce priveşte ordinea şi curăţenia, destul de inafective, dar care îşi doresc un copil perfect.

Sînt unii părinţi care adoptă o ATITUDINE DE REJECŢIE, de ostilitate şi severitate în exces. Sînt părinţi iritabili, irascibili, intoleranţi, impulsivi, care ceartă în permanenţă pe copil, îl sperie, îl ameninţă, îl umilesc, îl lovesc. Senzaţia de ameninţare, de pericol permanent, va declanşa reacţii de apărare diferite, în funcţie de senzitivitatea şi reactivitatea copilului. În cazul unui copil cu sistem nervos puternic, vor apărea atitudini de protest, încăpăţînare, indisciplină; copiii devin impulsivi şi agresivi, fug de acasă, hoinăresc pe străzi, se deprind să fure şi să mintă. Copiii cu un tip de sistem nervos mai slab devin în acest climat educativ tăcuţi, rezervaţi, inactivi, lipsiţi de iniţiativă, nehotăriţi, apatici, fricoşi, deprimaţi. Se abrutizează şi se plafonează pe plan intelectual.

LIPSA DE CONCORDANŢĂ A INFLUENŢELOR EDUCATIVE, înţelegînd prin aceasta inegalitatea în atitudini din partea aceluiaşi părinte, sau atitudini contradictorii din partea mamei şi a tatălui, din partea părinţilor şi a bunicilor, a familiei şi a şcolii nu va permite formarea reprezentărilor şi a noţiunilor morale, a convingerilor şi a atitudinilor demne, nu va îngădui copilului să deducă valoarea lucrurilor şi adevăratele norme de conduită socială.

Aşadar, necunoaşterea sau nerespectarea nevoilor educative ale copilului, legate de motivaţiile de vîrstă, precum şi minimalizarea reacţiilor şi trăirilor sale afective, pot determina tare psihice şi comportamentale din cele mai severe.

Dr. Margareta Ştefan

Şef de lucrări, Catedra de psihiatrie, I.M.F., Bucureşti

TRIMESTRELE VIEŢII

TRIMESTRUL UNU: scutece schimbate,
un ursuleţ de pluş cu ochii scoşi,
o trotinetă, un ghiozdan în spate
şi-un şir întreg de dascăli plicticoşi.

TRIMESTRUL DOI: întîia sărutare,
o corijenţă, un „Snagov", un rom,
boema vieţii universitare,
cicala mamei de-a te face om.

TRIMESTRUL TREI: nevastă, slujbă, casă,
copii, concedii, bîrfă la birou,
şuete, oaspeţi plicticoşi la masă,
dactilografă, martie, cadou.

TRIMESTRUL PATRU: pensie, gazete,
o bancă-n parc, lumbago, cafenea,
baston, speranţe, purgativ, regrete,
un medic, patru, opt, etcetera...

Andrei Ciurunga

Cum prevenim bolile DINȚILOR TEMPORARI

Dr. Viorica Milicescu

Dentiția temporară (prima dentiție sau dentiția de lapte) apare la 6 luni, odată cu incisivul central inferior, și se întregește la 2 ani și jumătate, cînd erupe al doilea molar temporar. Pînă la vîrsta de 6 ani, cei 20 de dinți temporari asigură prelucrarea fizică a alimentelor; de la această vîrstă, apar primii molari permanenți, îndărătul ultimilor molari temporari, iar la 12 ani dinții temporari sînt înlocuiți treptat cu cei permanenți.

În această perioadă (6 luni—12 ani), creșterea în greutate a copilului este asigurată în mare măsură de integritatea primei dentiții. De aceea, este necesar ca părinții și personalul din grădiniță să știe că pierderea precoce a dinților temporari, care nu au fost tratați la timp, duce la o insuficiență masticatorie, antrenînd după ea boli de stomac, de intestin, cu tulburări în dezvoltarea fizică a copilului. Menținerea unor dinți cariați contribuie deseori la apariția unor boli de inimă, de rinichi, a reumatismului, la afectarea cronică a ganglionilor din vecinătate; totodată, afecțiunile cronice ale dinților pot duce la agravarea unor boli infecțioase generale. În plus, îmbolnăvirea dinților produce modificări în comportamentul copiilor: după zile de suferință și nopți de nesomn, copilul devine irascibil, neatent, neputîndu-se încadra în activitățile zilei.

De aceea, este necesar să se îndepărteze, pe cît posibil, factorii care duc la îmbolnăvirea dinților, a gingiilor și la apariția anomaliilor dentomaxilare. Deoarece acești factori sînt multipli și uneori greu de precizat, majoritatea cercetătorilor sînt de părere că reducerea îmbolnăvirilor cu aproximativ 50% se realizează numai prin respectarea măsurilor de combatere.

Alimentația rațională constituie unul din mijloacele de combatere a îmbolnăvirii dinților și trebuie să înceapă încă din viața intrauterină, deoarece dinții temporari încep să se formeze încă din luna a 3-a de viață intrauterină; ea trebuie să continue tot timpul vieții individului. Nu ne vom referi la proporția principiilor alimentare, ci la forma de prezentare a alimentelor. În principiu, este bine să se dea copiilor mici, după 2 ani și jumătate, alimente tari și dure, pentru ca mușchii masticatori, maxilarele, dinții și gingiile să fie antrenați într-o activitate normală, ceea ce duce la o dezvoltare armonioasă a masivului facial. Alimentația dură provoacă o secreție salivară abundentă, care spală cavitatea bucală, iar dinții se abrazează (tocesc), dispărînd astfel locurile retentive în care resturile alimentare rămîn cu ușurință, producînd apariția cariilor. Astfel, se indică consumarea de pîine integrală bine coaptă, pe cît posibil veche.

Fructele, compoturile, sucurile sînt cel mai puțin nocive. Între mese sînt contraindicate dulciurile lipicioase (ciocolata, făinoasele, caramelele), deoarece acestea rămîn timp îndelungat pe dinți, favorizînd fermentațiile microbiene și apariția proceselor carioase.

Igiena bucală însă reprezintă metoda de bază în profilaxia cariei dentare și a bolilor parodontale și poate fi făcută sub supravegherea personalului mediu de îngrijire a copiilor din creșe și cămine. Se începe încă de la cea mai fragedă vîrstă (sugar), cînd toaleta bucală se face cu o compresă îmbibată cu soluție slabă bicarbonatată, care are rolul de a îndepărta resturile alimentare și de a modifica ușor mediul bucal.

La 2 ani și jumătate se trece la curățirea mecanică prin periaj și clătire energică. Este vîrsta optimă în care se formează deprinderile igienice pentru tot restul vieții. Spălatul dinților este recomandat după fiecare masă, însă de două ori pe zi, dimineața și seara, devine obligatoriu. Spălatul de seară este cel mai important, deoarece suprimă resturile alimentare și celulare — pelicula albuminomucoasă care, depusă pe suprafața dintelui, la întuneric și umezeală, constituie cel mai bun mediu de dezvoltare pentru microbii cariogeni.

Este bine să se utilizeze periuțe mici cu peri de nailon (firul de nailon are capătul rotunjit și nu rănește gingia), așezați în aproximativ 16 cuiburi. Din profil, imaginea smocurilor să fie inegală; aceasta dă posibilitatea celor mai lungi fire să pătrundă bine interdentar și să curețe aceste spații.

Ca tehnică de periaj, pînă la 6 ani se recomandă mișcările orizontale, dar, mai ales, circulare. Pe cît posibil, trebuie obișnuit copilul cu periajul prin mișcări verticale încă de mic, ca după 6 ani să se poată trece la periajul vertical, de tip adult, care este cel mai indicat, datorită curățirii corecte pe care o face tuturor spațiilor interdentare. Trebuie insistat în timpul periajului de 8—10 ori pe fiecare zonă dentară externă, internă și pe suprafețele masticatorii, perii scoțînd resturile interdentare și masînd totodată gingia cu mișcări energice, dar nu brutale.

Clătirea gurii se face puternic, cu toată musculatura, ținînd dinții închiși, ca apa să treacă printre spațiile interdentare.

Supravegherea funcțiilor aparatului dentomaxilar și controlul periodic reprezintă încă o măsură de profilaxie a cariei dentare. Controlul periodic al cavității bucale este obligatoriu pentru orice individ, dar mai ales pentru copilul mic. Este necesar să se facă la 6 luni, deoarece leziunile apar și evoluează rapid spre forme grave; putînd fi decelate la timp, sînt rezolvate fără suferințe mari. Controlul periodic are și marele avantaj că obișnuiește micul pacient de timpuriu cu frecventarea cabinetului stomatologic, medicul devenindu-i un prieten cu care colaborează și căruia îi acordă toată încrederea.

manifestări bucale în unele intoxicații profesionale

Se cunoaște dintotdeauna că starea cavității bucale reprezintă o oglindă a stării generale de sănătate a întregului organism.

Examenul cavității bucale poate oferi medicului specialist informații prețioase asupra expunerii organismului la unele substanțe toxice sau chiar asupra unor îmbolnăviri profesionale, în cazul în care nu sînt respectate cu strictețe anumite măsuri obligatorii de protecția muncii. De aceea, vom prezenta unele dintre manifestările bucale ale intoxicațiilor profesionale, provocate de anumite substanțe nocive, manifestări pe care doar medicul este în măsură să le interpreteze corect.

Stomatitele sînt inflamații ale mucoasei bucale, care pot îmbrăca forma unor pigmentații ale gingiei, cunoscute sub numele de lizereu gingival (lizereul saturnin și lizereul mercurial) sau a unor leziuni ale mucoasei bucale sau combinate (gingivo-stomatitele). Intoxicația cu plumb, foarte frecventă în trecut la muncitorii tipografi, este astăzi o afecțiune pe cale de dispariție, datorită măsurilor tehnico-organizatorice care se iau în scopul reducerii la minimum a acțiunii nocive a plumbului și a altor substanțe toxice asupra muncitorilor. Unul din semnele intoxicației cronice cu plumb este lizereul saturnin. El se prezintă ca o dungă albăstruie sau albastră-cenușie, bine delimitată, de 1—2 mm lățime, pe marginea liberă a gingiei, în jurul coletului dentar, la nivelul premolarilor și primilor molari, în dreptul incisivilor și caninilor inferiori, uneori la nivelul dinților superiori, pe fața jugală (către obraz) și linguală a gingiei. Plumbul, care se găsește în sîngele persoanelor intoxicate, trece prin vasele capilare dilatate ale mucoasei, se combină cu sulful din hidrogenul sulfurat prezent în gura celor cu o igienă defectuoasă, colorînd uneori mucoasa bucală în zonele menționate; alteori, se prezintă și sub forma unor dungi sau pete pe fața internă a buzelor și obrajilor și în porțiunea de mijloc a gingiei. Trebuie precizat faptul că prezența lizereului saturnin nu se identifică întotdeauna cu o intoxicație saturnină, ci poate fi doar expresia unei absorbții anormale de plumb. Oricum, el reprezintă un semnal de alarmă, deoarece poate fi un prim semn de intoxicație. Printr-un mecanism asemănător de formare se explică și apariția lizereului mercurial. Acesta are o culoare albastră-violet negricioasă. Astăzi, tabloul stomatitei mercuriale grave (forma ulceroasă) a dispărut. Pot fi întîlnite forme ușoare de inflamație acută a gingiei, cu dureri ușoare în timpul masticației, hipersalivație și prezența unui gust metalic în gură.

Molibdenul și **trinitroanisolul** provoacă iritații ale mucoasei bucale. Se cunosc, de asemenea, gingivitele provocate de **cianamida calcică** și sîngerările mucoasei bucale produse de **warfarină.** Și **acidul clorhidric** poate determina leziuni ulceroase, sîngerînde ale mucoasei bucale. Stomatitele provocate de **clor** și **bioxidul de sulf** se caracterizează prin hemoragii gingivale, glosite

(inflamații ale mucoasei linguale), hipersalivație, creșterea frecvenței leziunilor carioase și modificări ale gustului.

După o expunere de aproximativ doi ani, **cadmiul** își poate manifesta prezența la nivelul cavității bucale, sub forma unui inel caracteristic de culoare galbenă, la coletul incisivilor și caninilor, inel care ia naștere prin impregnarea smaltului dentar cu sulfură de cadmiu. Acest semn, în absența altor manifestări (proteinuria, de exemplu), atrage doar atenția asupra expunerii la cadmiu, nefiind un semn sigur de intoxicație.

Fluorul, binecunoscut pentru acțiunea sa de protecție împotriva cariilor, atunci cînd se găsește în apa de băut în concentrație de 1 mg/l, are un efect cu totul opus în doze mai mari. În fluoroza profesională (extrem de rară), el determină apariția gingivitelor și parodontitelor, iar în cazul în care depășește 5 mg/l în apa de băut, provoacă leziuni dentare caracteristice (dinți pătați, fragili, deformați).

Se cunoaște și acțiunea **acidului acetic** și a **acidului tartric,** care determină eroziuni dentare, iar intoxicația cronică cu **fosfor** și compușii săi duce la modificări importante în structura oaselor, în special în structura maxilarelor. Unele substanțe nocive își manifestă acțiunea prin semne de intoxicație ale nervilor periferici. Se cunosc cazuri de nevrită a trigemenului, cauzată de **tricloretilen,** anestezii ale buzelor și limbii datorate **piretrului** și parestezii ale limbii și buzelor, în urma intoxicației cu **compuși organomercuriali.** Dar lista substanțelor toxice care produc leziuni bucale, ca urmare a expunerilor repetate sau ca expresie a unor intoxicații generale, ar putea fi continuată.

Trebuie subliniat faptul că multe intoxicații profesionale pot apărea ca urmare a ignorării sau nerespectării unor măsuri de securitate de către muncitori. De aceea, se impune a se efectua cu regularitate controlul amănunțit al cavității bucale, în vederea depistării la timp a intoxicațiilor profesionale și aplicării tratamentului adecvat.

Dr.
Aurelian Condurache
Medic stomatolog, Spitalul «Al. Sahia»

Cum să devenim frumoase *într-o jumătate de oră?*

Sînteți obosite, aveți impresia că arătați prost și totuși trebuie să ieșiți în oraș, într-o vizită, să fiți bine dispusă. Veți începe prin a pregăti produsele de care aveți nevoie: un demachiant, un tonic, o cremă, un gălbenuș de ou amestecat cu o linguriță de ulei, două tampoane de vată îmbibate în ceai de mușețel, lac de unghii, fond de ten etc.

1 minut: demachierea obrazului;

1 minut: curățirea unghiilor de lac;

5 minute: puneți bigudiurile, vaporizați peste ele fixativ, legați capul cu fileul;

3 minute: un duș călduț, lăsînd să curgă apa cît mai mult pe ceafă și coloana vertebrală;

2 minute: aplicați o cremă hidratantă pe corp și vaporizați un deodorant sub brațe;

1 minut: aplicați pe obraz masca de gălbenuș de ou;

2 minute: aplicați lacul pe unghii;

13 minute: întindeți-vă pe pat, aplicați pe ochi tampoanele de vată îmbibate în ceai de mușețel, picioarele fiind ridicate pe o pernuță. Relaxați-vă complet și rămîneți în această stare de semisomnolență. Veți simți o destindere, lăsînd masca să acționeze în voie.

3 minute: îndepărtați masca cu apă călduță. Aplicați o compresă rece. Loționați obrazul cu o soluție tonică. Întindeți un strat de cremă, scoateți bigudiurile, periați părul.

Priviți-vă atent în oglindă; sînteți cu totul alta. Nu vă mai rămîne decît să vă fardați, dacă obișnuiți, și să vă îmbrăcați.

Ludmila Cosmovici

Aforisme medicale în comprimate

ALIMENTAȚIE

● **O treime din tot ce mîncăm ne ajunge ca să putem trăi; celelalte două treimi slujesc ca să-i facă să trăiască pe medici.**

VECHI AFORISM FRANCEZ

● **În esență, alimentația rațională a bolnavului nu se deosebește de a unui om sănătos care se hrănește rațional.**

I. GONȚEA

● **Alimentul este cel mai important factor al mediului extern care influențează organismul.**

I.P. PAVLOV

BĂTRÎNEȚE

● **Arta de a îmbătrîni este arta de a apărea în fața generațiilor care vin după tine ca un sprijin și nu ca un obstacol, ca un confident și nu ca un rival.**

A. MAUROIS

● **A îmbătrîni este singurul mijloc de a trăi mai mult.**

VOLTAIRE

CHIRURGIE

● **Actul chirurgical este o îmbinare între știință și artă.**

PAUL VALÉRY

● **Un chirurg bun trebuie să posede ochi de vultur, inimă de leu și mînă de femeie.**

AFORISM ENGLEZESC

● **Asprimea spiritului și a tehnicii chirurgicale se împacă ușor și chiar armonios cu căldura umană a chirurgului, care este dintre cele mai înțelegătoare și mai mîngîietoare.**

PAUL VALÉRY

DIAGNOSTIC

● **Cine se pricepe să pună un diagnostic just știe să și vindece.**

VECHI AFORISM MEDICAL

● **Dacă nu ați reușit să stabiliți un diagnostic, întoarceți-vă la patul bolnavului, așezați-vă lîngă el și urmăriți atent simptoamele: o oră, o zi, sau — dacă este nevoie — o săptămînă.**

F. STENN

MEDIC

● **Un om care vindecă oameni face cît o sumă de oameni.**

HOMER

● **Concep medicina, ca știință și ca activitate umanitară, drept o antropologie corespunzătoare, care îmbrățișează toate aspectele problemei om.**

V.L. BOLOGA

PROFILAXIE

● **Mai ușor este să vindeci începutul decît sfîrșitul bolilor.**

D. ERASMUS

● **Un mare medic nu este acela care tratează boala, ci acela care tratează ce nu există încă.**

VECHI AFORISM CHINEZESC

SĂNĂTATE

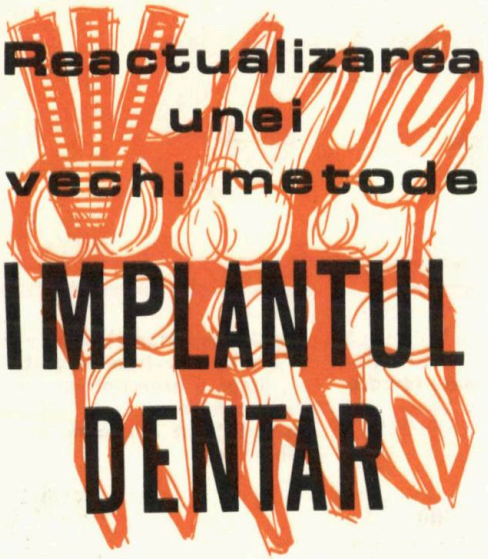
● **Sănătosul este un bolnav care se ignoră.**

ROMAINS

● **Este foarte aproape de îmbolnăvire acela care nu se laudă decît cu sănătatea.**

TACIT

Culese și selecționate de
LUCIA GHEORGHIU



Reactualizarea unei vechi metode

IMPLANTUL DENTAR

Prof. dr. doc. VALERIAN POPESCU

Președintele Asociației Stomatologice Internaționale

Caria dentară și parodontopatiile marginale, care cunosc astăzi o morbiditate deosebită, conjugată cu neglijarea atît a măsurilor de profilaxie, cît și a tratamentelor sistematice, efectuate în timp optim, duc la pierderea dinților și la instalarea stărilor de edentație.

Edentațiile cresc, desigur, ca frecvență și întindere (număr de dinți pierduți) în raport cu vîrsta, dar ele nu constituie un apanaj specific vîrstelor înaintate, ci se întîlnesc, într-o proporție apreciabilă, și la adulți, tineri, în perioada cea mai activă. Dar lipsa dinților constituie o problemă nu numai prin tulburările funcționale, dar și prin cele fizionomice, factor cu importante implicații în viața socială a individului. Deși s-au înregistrat progrese deosebite în tratamentele de înlocuire prin proteze a dinților pierduți, există totuși multiple situații în care protezele nu pot realiza o restaurare apropiată de starea normală a sistemului dentar, nefiind posibilă aplicarea de lucrări fixe sau cu o bună stabilitate. De aceea, în ultimele decenii a revenit în actualitate **metoda implanturilor,** care constă în ancorarea la nivelul oaselor maxilare a unor dispozitive ce servesc la fixarea dinților artificiali.

Încercări de implantări dentare s-au făcut de foarte multă vreme; astfel, în Honduras s-a descoperit un craniu uman din epoca precolumbiană, care prezenta implant în alveola mandibulei. Depozitele de tartru de pe suprafața dintelui artificial implantat au dovedit că acesta fusese folosit o perioadă destul de lungă de timp.

Mai tîrziu, începînd cu secolul al XVIII-lea, după ce Pierre Fauchard, supranumit părintele stomatologiei, a pus la punct o tehnică de implantare dentară, s-au făcut numeroase încercări, în acest scop folosindu-se dinți artificiali sculptați în fildeș, aur, platină, argint, dinți de porțelan, din plumb etc. Desigur, rezultatele acestor încercări s-au soldat cu eșecuri, datorită pe de o parte intoleranței organismului față de aceste adevărate corpuri străine, iar pe de altă parte din cauza deficiențelor de tehnică, a accidentelor și a complicațiilor septice care surveneau aproape de regulă. De aceea, metoda a fost multă vreme abandonată, fiind reactualizată abia în ultimele 3—4 decenii. La realizarea implanturilor s-au folosit materiale care nu determină reacții nefavorabile din partea țesuturilor, iar tehnicile de lucru și mijloacele de combatere a infecțiilor postoperatorii au fost perfecționate.

Fig. 1. — **Implant dentar intraosos în formă de spirală.**

În prezent, implanturile dentare sînt folosite pe scară destul de largă, iar rezultatele obținute de diverși specialiști cu o bogată experiență au permis desprinderea unor concluzii, care au pus într-o lumină cît mai veridică acest mijloc terapeutic.

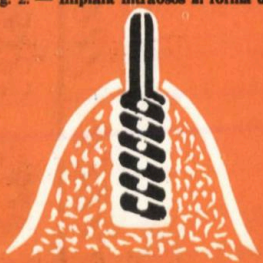
Cercetările experimentale și clinice au stabilit că dintre materialele folosite în construcția implanturilor, titanul, tantalul, aliajele din crom-cobalt, precum și porțelanul și cristalul — pentru anumite tipuri de implanturi — prezintă proprietățile cele mai adecvate, care le fac a fi în prezent preferate de marea majoritate a specialiștilor. S-a dovedit că ele sînt perfect tolerate de organism, că nu generează nici un fel de tulburare toxică sau modificări electrolitice în țesuturi, exercitînd chiar acțiuni favorabile, stimulatorii, pentru metabolismul și troficitatea țesuturilor.

În decursul ultimilor 30 de ani, tipurile de implanturi și tehnicile de implantare au evoluat și s-au diversificat, urmărindu-se adaptarea și chiar individualizarea lor în raport cu varietatea clinică a edentației (totală sau parțială), cu numărul dinților absenți, cu sediul lor pe arcadă, cu starea dinților restanți etc.

În general, se utilizează două metode de implantare și anume: implantarea juxtaosoasă și intraosoasă.

Implanturile juxtaosoase au forma de schelet şi sînt alcătuite din bare metalice fine, ce se introduc sub periost, adaptîndu-se direct pe suprafeţele osoase; din scheletul metalic pornesc prelungiri sub formă de stîlpi, care traversează mucoasa pe coama crestei alveolare, constituind adevărate bonturi dentare artificiale, pe care se fixează apoi protezele. Aceste implanturi sînt folosite de obicei în edentaţiile totale.

Fig. 2. — Implant intraosos în formă de şurub.



Implanturile intraosoase sînt dispozitive care se introduc în grosimea osului, la o adîncime suficientă pentru a se asigura o bună ancorare şi stabilitate. Porţiunea care rămîne în afara osului serveşte drept stîlp de ancorare a protezelor.

Se cunosc mai multe tipuri de implanturi intraosoase (în formă de spirală, de şurub, de ace, de lamă etc.), indicate de regulă în cazul lipsei parţiale a dinţilor şi îndeosebi a ultimilor molari; de asemenea, se pot folosi şi în cazul în care lipseşte un singur dinte din partea anterioară, vizibilă, a arcadei, spre a realiza o înlocuire cît mai estetică, evitîndu-se şlefuirea şi acoperirea cu coroane de legătură a dinţilor vecini sănătoşi. Mai rar sînt folosite aceste implanturi în edentaţiile totale, în care sînt preferate, după cum am menţionat, implanturile juxtaosoase subperiostale.

Fig. 3. — Implanturi intraosoase în formă de ace, pentru înlocuirea unui molar inferior.

O problemă de care trebuie să se ţină seama la recomandarea implanturilor este starea de sănătate generală a pacienţilor, care trebuie să favorizeze acceptarea de către organism a acestui corp străin — implantul — şi, bineînţeles, starea ţesuturilor locale şi a oaselor maxilare, care trebuie să incorporeze şi să menţină bine fixat implantul în grosimea sau pe suprafaţa lor.

Este bine stabilit că nu pot beneficia de implanturi persoanele care prezintă afecţiuni sau deficienţe organice (cardiovasculare, hepatorenale, sanguine, alergice, neuropsihice, metabolice etc.), precum şi afecţiuni ale mucoasei bucale şi ale oaselor maxilare. De aceea, metoda se va aplica numai în urma unui examen clinic amănunţit, completat cu analize de laborator, radiografii etc.

Dar care sînt realizările şi perspectivele implanturilor în stomatologie?

Pînă în prezent nu dispunem de o analiză atotcuprinzătoare şi riguros ştiinţifică, pentru a aprecia locul şi valoarea acestei metode în ansamblul terapeuticii stomatologice. Dacă unii specialişti constată rezultate bune după 20–25 de ani de la implantare, au existat şi numeroase cazuri de eliminare spontană sau în care a fost necesară înlăturarea implanturilor la intervale uneori foarte scurte de la aplicarea lor (de la cîteva săptămîni pînă la 1–2 ani).

În anul 1955 s-a aplicat această metodă şi la Clinica de chirurgie buco-maxilo-facială din Bucureşti, cu rezultate satisfăcătoare. Cu toate acestea, trebuie să arătăm că implanturile sînt încă departe de a rezolva toate situaţiile şi deci indicarea lor nu poate fi făcută decît în cazuri bine studiate şi selecţionate. Aplicarea fără discernămînt şi fără o metodologie riguros verificată ştiinţific poate fi urmată de accidente, de complicaţii şi de eşecuri.

Fig. 4. — Implant intraosos în formă de lamă cu 3 pinteni, pentru înlocuirea a 2 dinţi de pe arcada superioară.

Astăzi sînt statuate suficiente criterii privind indicaţiile metodei, construcţia implanturilor, tehnica operatorie şi tehnica protetică adecvată, în vederea asigurării unor condiţii cît mai favorabile pentru reuşita acestei metode. Un lucru trebuie însă cunoscut şi precizat de la început, şi anume că metoda nu poate rezolva absolut toate situaţiile, că ea nu poate fi socotită ca un panaceu universal, avînd limite determinate nu numai de unele imperfecţiuni ale materialelor şi tehnicilor de care dispunem în prezent, dar şi de factori biologici individuali. Cu toate acestea, implanturile dentare constituie posibilităţi valoroase, avînd o suficientă bază ştiinţifică şi practică, pentru a rezolva cazurile de edentaţie în care protezele clasice nu dau deplină satisfacţie.

Privind problema printr-o viziune realistă, putem afirma că se impune încă rezerve în generalizarea acestei metode, iar aplicarea ei trebuie făcută numai de specialişti competenţi, cu îndelungată experienţă şi temeinică formaţie chirurgicală şi protetică.

ANATOMIE în catrene

CAPUL
Un cap e o podoabă rară,
Poți ca să-l pierzi, și-adio trai.
Dar trebuie mai rău să-ți pară
Cînd de la naștere nu-l ai.

PĂRUL
E podoaba capilară
Ce crește fără-ncetare,
Pe care-un bufet din gară
Ni-l servește în mîncare.

CREIERUL
Materie și spirit, mai ales.
A inventat chiar zborul supersonic...
Dar astăzi e, din ce în ce mai des,
Înlocuit de unul... electronic.

NASUL
Îl iau unii la purtare,
Alții, ignorînd zicala,
Îl bagă fără-ncetare
Unde nu le fierbe oala.

OCHII
Cu ochii e curat prăpăd,
Deoarece, e scris și-n carte,
«Că ochii care nu se văd
Se uită... dar în altă parte»!

GURA
Și gura are rostul ei,
Cu ea vorbești, consumi mîncare.
O au și unele femei,
De obicei... nițel mai mare.

URECHILE
Eu nu știu care-i mai deșteaptă
Și care este mai nătîngă,
Că ce-aud cu urechea dreaptă
Îmi iese pe urechea stîngă.

LIMBA
Bine e să fie potrivită,
Însă nici prea lungă nu se cere.
Totuși, dacă e prea ascuțită,
Îți produce numai neplăcere.

DINȚII
Dinții mestecă, firesc,
Tot ce-i dai și nu gîndesc.
De-aia orice om cuminte
Are și-o MĂSEA DE MINTE.

COLOANA VERTEBRALĂ
La oamenii servili e deformată,
La alții-i dreaptă ca o lumînare,
Iar la cîțiva părinți e-ncovoiată,
Că-și poartă «paraziții» în spinare.

MÎNA DREAPTĂ
Cu mîna dreaptă poți să faci
Tot ce dorești, cînd ești dibaci.
Chiar o prostie, o dambla,
Că-i sfînt ce faci cu mîna ta.

MÎNA STÎNGĂ
Cînd e de obicei mai lungă
Și șterpelește cîte-o pungă,
La consecințe se așteaptă...
Deci, nu ne-arată că-i deșteaptă.

PICIOARELE
Desigur, sînt folositoare
La deplasări ușoare, grele,
Și chiar la fotbal, mi se pare...
Dar unii judecă cu ele.

PIELEA
Unii nu-și încap în ea,
Medicul, discret, ți-o taie,
Cămătarul, piază rea,
Pur și simplu, ți-o jupoaie.

COTUL
Pe unul îl mai doare-n cot
Cînd face altu-o boroboață,
Iar alții-l folosesc cum pot...
Cu coatele-și fac loc în viață.

DEGETELE
Unii-ți scot ochii cu ele,
Fiindcă nu au ce să facă.
Alții-ți pun probleme grele
Cînd... pe degete te joacă.

INIMA
Organul cel mai delicat,
Cu două pompe automate,
Și cel mai intervievat
Cînd nu știi pentru cine bate?!

PLĂMÎNII
În coșul pieptului fixați,
Ți-i devorează-ai tăi confrați,
Că oamenii, rău obicei,
Se mai mănîncă între ei.

STOMACUL
Deși e socotit intrus,
În organism el nu-i un fleac.
Chiar un savant celebru-a spus:
«CĂ TOTUL TRECE
PRIN STOMAC»!

Gabriel Teodorescu

HIPOCRATE SE AMUZĂ

MOTO: Titlul ăsta mă acuză,
Cînd citesc, mă trec fiorii.
Hipocrate se amuză,
Însă nu și cititorii.

UNEI ASISTENTE MEDICALE

Cochetă, jună și fardată,
Ea, prin saloane, rar se-arată;
Cu cei valizi, prea insistentă,
Cu cei bolnavi, prea „asistentă".

UNOR MEDICI: UNUL UMAN, CELĂLALT VETERINAR

De-i luăm ca medici, amîndoi
Par mari specialiști, de soi.
Dar cînd citești ce-au scris, e clar,
„Uman" e cel veterinar.

UNUI GINECOLOG

Ești, dintre medici, unul care
Ai foarte multă căutare.
O artă, în consult, divină
Și-o mînă, totdeauna fină.

UNUI MEDIC VETERINAR

Nu este cazul să te miri,
E greu cu mutele făpturi.
După consult, drept mulțumiri,
Mai încasezi și... lovituri.

LA POLICLINICĂ

Am așteptat atît de mult
Să-mi vină rîndul la consult,
Încît, nemaiavînd răbdare,
M-am „lecuit" prin așteptare.

UNUI FARMACIST POET

Cartea ta de poezii
De s-ar vinde-n farmacii
S-ar epuiza total
În loc de Extra... veral.

EPITAF UNUI DIRECTOR DE POLICLINICĂ

Directorul ce-l mult iubit,
De inimă s-a prăpădit,
Deși în șoaptă se spunea
Că-așa ceva nu prea avea.

CATEN POPESCU

Poate nici o altă afecțiune nu se caracterizează printr-o așa de mare varietate de manifestări clinice cum este migrena. Fiind o afecțiune mai mult supărătoare decît gravă, migrena se caracterizează printr-o frecvență crescută (se estimează că aproximativ 10% din populație suferă de migrenă), incapacitate temporară de muncă, precum și printr-o scădere semnificativă a performanțelor fizice și intelectuale.

Cei mai importanți factori care definesc migrena și care conduc la recunoașterea ei sînt:

Modul de instalare a durerii de cap, care este foarte diferit de la un bolnav la altul, fiecare persoană avîndu-și modalitățile sale proprii de instalare a crizei de migrenă. În majoritatea cazurilor, durerea de cap se instalează lent, progresiv, în cîteva ore, devenind atît de violentă încît bolnavul nu-și mai poate continua activitatea, simte nevoia de a se retrage într-un loc întunecos și fără zgomot.

Dintre stările care favorizează apariția crizelor de migrenă, cele mai frecvente sînt: oboseala fizică, surmenajul, stările de tensiune nervoasă, efortul intelectual intens și prelungit, călătoriile de cîteva ore cu mijloace rapide de transport (avion, tren, mașină), consumul exagerat de tutun sau de alcool, foamea prelungită sau chiar numai nerespectarea orelor de masă, consumul anumitor alimente (ciocolată, zmeură, ouă, raci, homari, languste, heringi în saramură, ton, brînzeturi fermentate, ceapă, nuci). De asemenea, mai sînt incriminați factorii atmosferici (umiditatea crescută, căldura excesivă), factorii fiziologici (ciclul menstrual), precum și unele stări patologice (intestinale, gastrice, biliare, hepatice, alergice).

Tulburările care preced instalarea crizei (denumită aură) se caracterizează, în general, prin modificări ale stării psihoafective: o stare exagerată de bună dispoziție, agitație psihomotorie sau, din contra, stare de oboseală, de indispoziție generală nejustificată, somnolență, stare de teamă, scăderea sensibilității vizuale, auditive (țiuituri și zgomote imaginare), modificarea mirosului, înțepături și furnicături în membre, senzația de creștere în volum sau în greutate, senzația particulară și bizară de dedublare a brațului sau chiar de detașare a sa de restul corpului. De importanță deosebită pentru diagnosticul migrenei sînt și tulburările vegetative (hipersecreție lacrimală și sudorală), precum și scotomul (puncte luminoase, scînteietoare, linii luminoase, în zig-zag, lumini colorate, senzația că obiectele se învîrtesc în jur), după care, la cîteva minute sau chiar ore, se instalează brusc sau în mod progresiv durerea de cap — simptomul major al migrenei. Uneori însă durerea de cap apare fără să fie precedată de alte manifestări clinice.

În afara acestor tulburări care devansează durerea de cap, există unele care preced criza migrenoasă cu 1—3 zile și pe care adesea bolnavii le cunosc. Ele se manifestă, în general, prin:

— modificări psihoafective nejustificate: tendință la izolare de persoanele din jur, tristețe, stare de apatie, de indiferență, irascibilitate, euforie (exagerarea stării de bună dispoziție);

— tulburări ale ritmului somn-veghe: somnolență ziua, insomnie, somn agitat; deseori bolnavii se trezesc odată cu instalarea crizei de migrenă;

— tulburări urinare: scăderea cantității de urină, iar la sfîrșitul crizei se instalează poliuria (creșterea volumului de urină).

Interesant este faptul că, de multe ori, bolnavul nu este conștient de modificările psihoafective, acestea fiind ușor sesizate de persoanele din anturajul său. Privirea și aspectul ochilor se modifică, devin mai lucioși, mai sticloși sau, din contra, tulburi, ieșiți din orbite, cu pupila dilatată, bolnavul privind în gol.

Localizarea durerii este variabilă de la o persoană la alta, dar aproape cu regularitate

în același loc. În majoritatea cazurilor bolnavii percep durerea în spatele sau deasupra globului ocular, la frunte sau la tîmplă; în rare cazuri ea este localizată lateral sau posterior, manifestîndu-se întotdeauna ca o apăsare, ca jenă dureroasă, ca o strîngere în menghină, sfredelire în craniu, ciocănire ritmică etc. Inițial, durerea apare profund, iar pe măsură ce crește în intensitate se superficializează: bolnavul o percepe în această fază imediat sub piele, atingerea pielii capului și tracțiunea firelor de păr fiind foarte dureroase. Ea poate fi strict localizată sau poate iradia posterior sau lateral, spre baza craniului, gîtului, în articulațiile umerilor.

Intensitatea durerii este mare, motiv pentru care bolnavii fac totul pentru a suprima criza încă în faza inițială. La începutul crizei durerea este surdă, difuză, dar pe măsură ce se localizează, ea crește în intensitate, fiind accentuată de pulsațiile arteriale, de mișcările bruște ale corpului sau capului; de aceea, bolnavii preferă să stea cu capul pe pernă, în poziție nemișcată. După cîteva ore sau, în cazuri rare, chiar cîteva zile, durerea începe să scadă lent în intensitate, rămînînd de multe ori o jenă craniană timp de 3—5 ore.

Dispariția durerii se poate face după un somn odihnitor sau după producerea de vărsături (spontane sau provocate); dealtfel, bolnavii cunosc acest lucru și, într-o anumită fază a crizei, își provoacă reflexul de vărsătură.

În primele 2—3 zile care urmează după terminarea crizei, bolnavii au o stare de bună dispoziție psihică, poftă de mîncare și un randament crescut al muncii; apoi, după epuizarea acestei perioade, bolnavul reintră în normal.

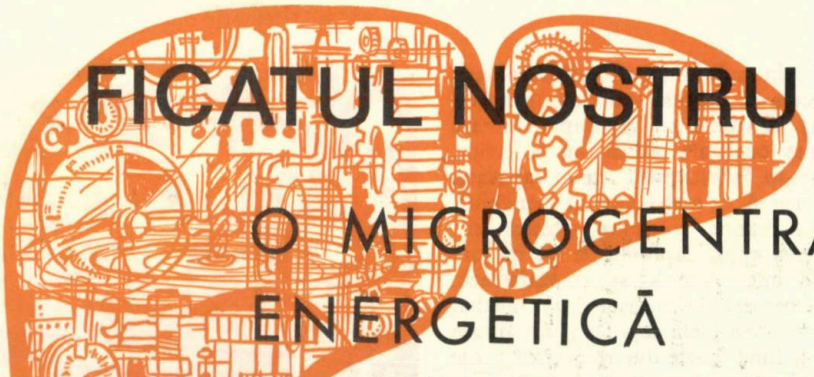
În majoritatea cazurilor, migrena debutează la pubertate, în jurul vîrstei de 15—16 ani și odată cu instalarea menopauzei sau andropauzei, crizele cedează în totalitate. Sînt și cazuri cînd migrena apare precoce, la vîrsta de 5—6 ani, extinzîndu-se pe o perioadă de 8—10 ani. La femei, apariția migrenei mai poate fi legată de diferite situații care dereglează ciclul menstrual: căsătoria, prima naștere.

Tratamentul migrenei este în funcție de marea varietate a manifestărilor clinice și de reactivitatea particulară a bolnavilor. De aceea, conducerea tratamentului este de competența exclusivă a medicului. Menajarea susceptibi-

lității și personalității migrenosului constituie imperativul major al terapeuticii antimigrenoase, aceste persoane fiind sensibile la suferința proprie, hiperemotive și hiperactive, trăsături ce pot amplifica sau accentua durerea, prin asocierea unor componente reflex-condiționate legate de teama de o nouă criză, de frica ineficienței terapeutice a medicamentelor pe care le are la îndemînă sau de teama unor complicații etc. Analiza atentă a psihismului migrenosului arată, după o perioadă de cîțiva ani de evoluție, modificări semnificative ale caracterului: devin mai voluntari, mai greu integrabili în societate și cu reacții vasomotorii exagerate în timp și ca intensitate. Astfel, în situații stresante, la emoții, acești bolnavi răspund prin înroșirea feței și devin mai severi în activitatea lor intelectuală și morală. Schimbarea mediului ambiant, lipsa factorilor stresanți, starea de bună dispoziție creează condiții de ștergere a asperităților din trăsăturile de caracter ale unor persoane suferind de migrenă, fapt ce le permite o mai intimă integrare în mediul social respectiv, suprimînd situațiile conflictuale generatoare de crize migrenoase.

Păstrarea integră a particularităților psihoemoționale care definesc «psihologia migrenosului» și evitarea implicațiilor pe care migrena le poate avea asupra personalității lor contribuie, în bună măsură, la suprimarea suferinței.

Dr. Emil Popescu



FICATUL NOSTRU O MICROCENTRALĂ ENERGETICĂ

Un minilaborator computerizat, copia fidelă la scara centimetrilor a unui complex industrial, sînt epitetele pe care le atribuim unuia dintre cele mai solicitate organe situate în hipocondrul drept — ficatul. Avînd, cu oarecare aproximaţie, forma unei căşti, de coloraţie roşie-brună, îl distingem net de celelalte viscere. Are o greutate de aproximativ 1 500 g şi este alcătuit dintr-un mare număr de lobuli hepatici, uniţi între ei printr-un ţesut conjunctiv. Întreaga lui organizare structurală — de la celulele hepatice şi capilarele sanguine şi pînă la canaliculele biliare şi conductele biliare — conferă acestui organ multiple funcţii fiziologice.

Astfel, funcţia biliară se referă la variatele procese de secreţie şi excreţie ale celulei hepatice, din care rezultă bila (fierea), al cărei rol este cunoscut atît în digestia grăsimilor şi absorbţia lor în sînge, cît şi în peristaltismul intestinal. Secreţia bilei este influenţată de factori nervoşi, circulatori, alimentari şi chimici.

Funcţia sanguină a ficatului are ca scop furnizarea unora din elementele necesare măduvei osoase, pentru reînnoirea elementelor figurative din sînge (globule roşii, albe şi trombocite).

Funcţiile metabolice pentru hidrocarbonate, proteine şi lipide, sînt cele care asigură într-un fel «caii putere ai organismului». În cadrul metabolismului, hidrocarbonatele sînt absorbite din intestin sub formă de glucoză, levuloză şi galactoză şi ajung la ficat, care asigură permanent un nivel constant al glucozei în sînge (glicemia). În cazul în care depăşeşte nevoile de moment ale organismului, glucoza se depozitează în celula hepatică sub formă de glicogen (glicogenogeneza). În funcţie de nevoi, ficatul îl retransformă în glucoză (glicogenoliză). Prin acest joc se asigură glicemia normală (0,8—1,2 g‰). În cazul unui aport insuficient de hidrocarbonate, celula hepatică îşi consumă depozitele de glicogen, apoi fabrică ea însăşi glucoză din proteine şi grăsimi (gliconeogeneza).

În ceea ce priveşte **proteinele,** trebuie reţinut că ficatul fabrică serine, fibrinogen plasmatic, o parte din globuline, cît şi uree. De asemenea, intervine în sintetizarea protrombinei în prezenţa vitaminei K, cu acţiune antihemoragică.

Grăsimile, al treilea principiu de bază alimentar, sînt metabolizate tot în ficat, acesta fabricînd — cu ajutorul unor vitamine — colesterol şi la nevoie chiar glucoză.

Funcţia antitoxică cuprinde un complex de acţiuni, care au ca scop conjugarea derivaţilor toxici (fenoli, crezoli, mercaptani — rezultaţi din aminoacizii digestiei intestinale a proteinelor) cu acidul sulfuric sau glicuronic, în scopul transformării lor în corpi antitoxici şi al eliminării lor. La fel se întîmplă şi cu toxinele exogene şi substanţele chimice.

Metabolismul apei este, de asemenea, legat de buna funcţionalitate a ficatului, în sensul că odată ingerată, în cursul alimentaţiei ea ajunge în circulaţia hepatică unde are loc o stagnare temporară a sa, iar în circulaţia generală nu trece decît atît cît este nevoie. În felul acesta, cordul drept este menajat de un aport brusc de lichide. Dar şi **metabolismul mineral** este în directă concordanţă cu ficatul, cunoscut fiind faptul că aici există principala staţie metabolică a fierului, folosit apoi la fabricarea globulelor roşii şi a cuprului. Ficatul mai intervine în **reglarea bilanţului general** al sodiului, potasiului, clorului etc. Cea de a şaptea funcţie principală a sa se referă la **metabolismul vitaminei A,** prin transformarea betacarotenilor. Tot aici se depozitează vitamina D, precum şi alte vitamine.

În sfîrşit, una din cele mai recente funcţii ale ficatului — cea de a opta — se referă la metabolizarea medicamentelor, în sensul transformării lor în substanţe asimilabile şi cît mai puţin nocive pentru organism.

Aşadar, cunoscîndu-i principalele funcţii, putem afirma, fără a exagera, că ficatul este o microcentrală energetică, un minilaborator computerizat, o copie fidelă la scara centimetrilor a unui complex industrial.

Dr. Gh. M. Gheorghe

CE TREBUIE SĂ ȘTIM DESPRE HEPATITELE CRONICE

Dr. N. CRÂNGULESCU

Clinica medicală, Spitalul «Colțea»

Hepatita cronică este privită ca o inflamație de lungă durată a parenchimului hepatic care persistă mai mult de 6 luni sau 1 an, dar care este perfect reversibilă. Boala nu trebuie confundată cu ciroza, cu toate că în practică una din formele ei comune, hepatita cronică agresivă, duce la ciroză și este dificil de a o delimita.

Hepatita cronică apare ca o etapă intermediară între hepatita acută și ciroza hepatică. Deși poate evolua spre ciroză, hepatita cronică trebuie diferențiată de aceasta, cu toate că, cel puțin din punct de vedere etiologic și patogenic, nu sînt boli esențial diferite. Ciroza hepatică reprezintă stadiul ireversibil, final, al hepatitei cronice agresive. Trebuie reținut faptul că nu toate hepatitele cronice evoluează în mod sigur spre ciroză. Limita dintre hepatita cronică și ciroza hepatică nu este categorică. Diagnosticul de hepatită cronică este în strînsă legătură cu stadiul și evoluția bolii.

Etiologia bolii este astăzi mai binecunoscută. Printre factorii etiologici notăm, în primul rînd hepatita virală, epidemică, întîlnită în antecedentele bolnavilor, virusul B fiind factorul cel mai răspîndit în condițiile țării noastre. Antigenul Australia sau antigenul hepatitei B (Ag HB), identificat de către Blumberg în 1963, reprezintă una dintre cele mai remarcabile descoperiri în hepatologie în ultimii ani. Alți factori care intervin în etiologia hepatitelor cronice sînt: etilismul; alte infecții virotice, microbiene, parazitare; substanțe toxice industriale (benzen, naftalen, trinitrotoluen, tetraclorura de carbon, clornaftalenul, fenoli, aldehide etc.); toxine vegetale **(Amanita phalloides);** *medicamente (fenilbutazonă, clorpromazină, unele sulfamide, cloroform, contraceptive, tetracicline); carențe alimentare; factori endocrini și metabolici (diabet zaharat) etc.*

Cu toate că factorii etiologici sînt presupuși în 85—90% din cazuri, patogenia bolii cronice de ficat este insuficient lămurită. De ce numai la unii bolnavi, într-un procentaj relativ redus, hepatitele acute se cronicizează? Care este mecanismul intim al acestei cronicizări, ca și mecanismul perpetuării leziunilor hepatice și al evoluției cirogene a acestora, sînt întrebări care nu și-au găsit răspunsul complet. Reactivitatea individului are cu siguranță un mare rol în ceea ce privește sensul evoluției hepatitelor acute. De aceea, patogenia hepatitelor cronice trebuie înțeleasă prin prisma interrelațiilor dintre factorii etiologici și terenul reactiv.

Dintre concepțiile care încearcă să explice patogenia hepatitelor cronice, teoria imunologică este cea mai fascinantă. Patogenia hepatitei cronice nu mai poate fi astăzi separată de perturbarea mecanismelor imunologice. Implicarea unui mecanism imunologic explică cronicizarea afecțiunilor hepatice prin persistența și agravarea leziunilor inițiale provocate de factori etiologici diverși. În această etapă, de cele mai multe ori, rolul factorului cauzal trece pe plan secundar, predominînd reactivitatea modificată a organismului și a organului.

Dintre formele de manifestare, cea mai importantă și mai frecventă, în condițiile țării noastre, este hepatita cronică agresivă. Ea poate interesa ambele sexe, dar mai frecvent sexul feminin, în majoritate femei tinere, sub 40 de ani. Începutul bolii poate fi brusc, în continuarea episodului acut, identic cu hepatita virală acută sau insidios, pe o perioadă de 6 luni, cel mai frecvent. Tabloul clinic este nespecific și variat. Primele simptoame rareori prezintă particularități sugestive pentru diagnosticul de hepatită cronică. Simptoamele cele

mai importante din perioada de debut a bolii, care se accentuează în perioada de stare, sînt: astenia fizică şi mai ales intelectuală, exacerbată după masa de prînz; migrenele; tulburări dispeptice (inapetenţă, balonări, dispepsie biliară, digestii dificile, dureri hepatice de efort); diaree moderată sau constipaţie; febră persistentă; artralgii (dureri articulare). Sindromul hemoragipar constă mai ales în epistaxisuri, gingivoragii, echimoze la traumatisme minime şi mai rar menometroragii, hemoptizii sau purpură.

La examenul obiectiv al bolnavului se constată: o stare de nutriţie bună, scăderea ponderală apărînd numai în stadiile avansate; icter episodic; steluţe vasculare localizate pe faţă, gît, umeri, regiunea superioară a toracelui; eritemul mucoasei bucale şi eritemul palmar sau palmele hepatice; acnee; hepatomegalie, splenomegalie, semne de hipertensiune portală (ascită); comă hepatică.

În cadrul hepatitelor cronice pot fi interesate însă şi alte organe, ducînd la manifestări extrahepatice ca, de exemplu: cutanate (eriteme, acnee, urticarie), poliartralgii, artrite, colite ulcerative, diaree cronică, glomerulonefrită cronică, pleurezie, pericardite, miocardite, diabet, tiroidite, manifestări hematologice (scăderea numărului de globule roşii, albe şi trombocite). Importanţa manifestărilor extrahepatice este variabilă; ele pot să apară singulare sau asociate.

Pentru precizarea diagnosticului, alături de examenul clinic, sînt necesare testele funcţionale hepatice, hematologice, imunologice etc., care se efectuează în laboratoare de specialitate la indicaţia medicului.

Recunoaşterea hepatitelor cronice este un proces complex şi dificil, deoarece multe din cazuri sînt latente sau au o expresie clinică necaracteristică. Alături de criteriile clinice şi de probele funcţionale, diagnosticul se bazează pe criteriul morfologic. Puncţia-biopsie hepatică este singura metodă care ne poate preciza diagnosticul. De aceea, ea trebuie să intre în explorarea de rutină a bolnavilor suspectaţi de hepatită cronică, atît pentru raţiuni de diagnostic, cît şi pentru urmărirea evoluţiei şi a rezultatelor terapeutice.

În afara evoluţiei spre ciroză, hepatita cronică agresivă se poate complica cu hipersplenismul (hiperfuncţia splinei cu scăderea numărului de hematii, leucocite şi trombocite), afecţiuni biliare, pancreatita cronică, gastrita cronică, ulcerul gastroduodenal, enterocolopatii.

În forma de hepatită cronică persistentă, manifestările clinice sînt puţin exprimate, iar evoluţia este benignă, fiind lipsită de potenţial cirogen.

Un rol esenţial în combaterea acestei boli revine profilaxiei, de aceea însuşirea unor noţiuni legate de hepatitele cronice este deosebit de necesară. Astfel, se vor respecta măsurile profilactice şi indicaţiile epidemiologice cunoscute: izolarea cît mai precoce a bolnavilor, spitalizarea în serviciile de boli contagioase, tratarea corectă şi dispensarizarea după vindecarea clinică, pentru controlul evoluţiei şi combaterea factorilor de cronicizare. Se impune combaterea etilismului, a abuzului de medicamente cu toxicitate hepatică, respectarea măsurilor de protecţie a muncii, de igienă şi o alimentaţie raţională.

Tratamentul curativ este stabilit şi condus numai de medic, în funcţie de forma evolutivă a hepatitelor cronice.

MIC „DICŢIONAR" MEDICAL

ANATOMIE — totul (expus vizionării)
cînd iese Afrodita, în slip, din spuma mării.

BACTERIE — fiinţă cu apucături fatale:
cu cît e mai validă, cu-atît te bagă-n boale.

CHIRURG — mănuşi de plastic, cuţitul din oficiu
o soră, o seringă... şi-adormi ca la serviciu.

DIGESTIE — o stare cu ample satisfacții,
care se simte după, cînd îți mănînci confrații.

EREDITATE — sumă (succesoral edec)
de calități... defecte... și nici un ban la CEC.

FICAT — organ celebru, de cînd cu Prometeu,
ciupit de viu de-un vultur. Eu îl prefer pateu.

GASTRITĂ — boală cruntă, ce-ți strică sărbătoarea.
Tutunul o menține, și-o vindecă răbdarea.

HIPERTROFIE — gravă iluzie fudulă:
să fii cocoș, de pildă, și să te crezi pendulă.

IMUNITATE — starea de-a trece rezistent,
să nu te molipsească vreun cap inteligent.

JOC — exercițiu zilnic, izvor de sănătate;
cînd vrei s-ajungi în frunte, se face dînd din coate.

LEUCOPLAST — fișie de pînză ce se-ncleie,
utilă la ședințe s-astupi o logoree.

MEDICAMENT — amestec de doze și substanțe,
apoi prieteni, rude, mașini, condoleanțe...

NEUROLOG — un medic ce și-ar uimi strămoșii
de-ar ști că strănepotul e-n cîrd cu toți nervoșii.

OBEZITATE — boală? Eu nu zic ba, se poate,
dar cîți n-ar vrea s-ajungă «un om cu greutate»!

PARAZITISM — o formă de trai pentru bacterii.
Îl practică microbii și bulevardierii.

RADIOGRAFIE — poză neretușată, netă.
Din rotofei ca sfera, te scoate... siluetă.

SCLEROZĂ — fenomenul numit blocarea minții,
cînd uită «copilașii» să-și sprijine părinții.

TRANSPLANT — să-ți fie cordul în stăpînirea Liei
și peste-o zi sau două să îl pasezi Mariei.

UMOARE — zică unii că-i un lichid, cît vor!
Eu știu că-i femininul firesc, de la **UMOR**

VACCIN — un profilactic! O, la lumina zilei,
de l-am afla vreodată pe-al șperțului și-al pilei!

ZACERE — boală lungă, cu triste fenomene,
ce-și află iute leacul, cînd se numește lene.

ANDREI CIURUNGA

Consultație

— Doctore, sînt disperat
Și-am venit să-ți cer părerea,
Căci din zi în zi constat
Că-mi slăbește rău vederea.

Dă-mi, te rog, un leac modern,
Nu mă uit la cheltuială,
Ca să scap de-acest infern
C-o minune medicală!

Medicul, savant vestit,
Cu renume și prestanță,
I-a prescris pe loc, grăbit,
Următoarea ordonanță:

— După fiecare masă
Să consumi neapărat,
Mai ales cînd ciorba-i grasă,
Morcov proaspăt, netocat.

— Doctore, am o-ntrebare:
Tratamentul ăsta-i bun?
— Cred și eu! Cum altfel, oare,
Îndrăzneam să ți-l impun?

Iepurii, cînd iau dejunul,
Rod întruna morcovi tari
Și de-aceea, pe nici unul
N-ai să-l vezi cu ochelari...

Theodor Maricaru

EPIGRAME

SFAT

De o vorbă ține seamă,
Orișiunde te găsești:
De consumi prea multe dulciuri,
Poți să te zaharisești!

*

UNUI FUMĂTOR

N-a uitat să-și ia la drum
Pipa, fabrica de fum,
Că-și dorea și-n iarba deasă
Atmosfera de acasă.

*

MEDICILOR DIN ROMÂNIA

Sincera prietenie
Care-n viață-i un tezaur,
Ca «zaraf» de meserie
Eu o prețuiesc cu aur!

UNEI FUMĂTOARE

Doamna nu-i în premieră
Cînd fumează Kentulețe,
Însă pune-n scrumieră
Și-un chiștoc de tinerețe!

*

UNUI BURLAC

Amărît? Îl înțeleg!
Mă grăbesc să-i dau dreptate.
Cum să fie om întreg
Cînd nu are «jumătate»?

UNUI DENTIST

Pe epigramist odată,
Cînd l-a prins la el acas',
Nu măseaua cariată,
Ci caninii i-a extras!

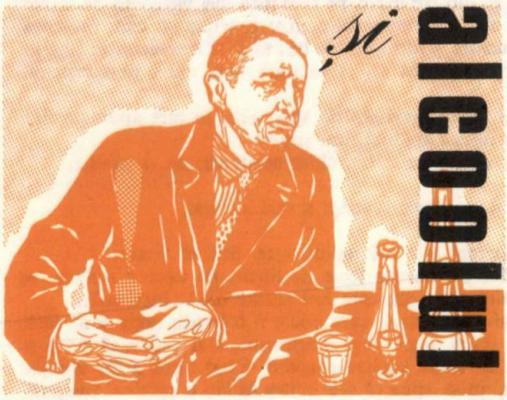
*

UNUI PIERDE-VARĂ

Cînd te plimbi în sus și-n jos,
Plin de fumuri și de rom,
Ți se spune-n jur: «Pletos».
Cînd ți se va spune: «OM»?

Gh. Zarafu

Ficatul și alcoolul



Este îndeobște cunoscut faptul că abuzul de alcool are o influență vătămătoare asupra tuturor organelor, în general, și asupra ficatului, în special. Astfel, s-a constatat că alcoolul, ingerat în cantități mari, depășește capacitatea de metabolizare normală, ducînd, în final, la intoxicații cronice generatoare de o serie de afecțiuni dintre cele mai grave — boli ale stomacului, pancreasului, aparatului cardiovascular, plămînului, sistemului nervos, glandelor endocrine și, mai ales, la îmbolnăvirea ficatului, care este situat direct în fața agresiunii toxice. Dealtfel, printre cauzele unor hepatite cronice și mai cu seamă a cirozelor hepatice, figurează consumul de durată și în mod abuziv de alcool.

Diferite observații făcute pe bolnavi, ca și unele studii efectuate în masă, pe grupe mari de populație, pledează tot mai mult pentru acțiunea nocivă pe care o exercită alcoolul asupra ficatului, acest complex și delicat laborator al organismului nostru. Așa, de exemplu, o serie de statistici mai vechi sau mai recente arată că în țările în care consumul de alcool se întîlnește la un număr mare de persoane, decesele prin ciroză hepatică ajung la cifre impresionante.

Dar pentru a înțelege mai bine relația dintre ficat și consumul exagerat de alcool, este necesar să cunoaștem modul în care alcoolul își exercită influența sa nefavorabilă asupra ficatului. Schematic vorbind, acțiunea alcoolului asupra ficatului ar consta dintr-o acumulare exagerată de grăsimi în celula hepatică și din distrugerea cu timpul a acesteia. Depozitarea unei cantități mai mari de grăsime în ficat, cu distrugerea în acest fel a arhitecturii fine a acestui organ însărcinat cu multiple funcțiuni, duce la ceea ce este cunoscut sub numele de steatoză hepatică. Asemenea steatoze evoluează destul de frecvent spre o ciroză hepatică. De menționat, în asemenea cazuri, este faptul că ficatul își mărește treptat volumul, iar tulburările clinice neînsemnate și analizele de laborator neconcludente din această perioadă de început nu sînt de natură să atragă atenția asupra bolii grave care se instalează. Acest lucru este cu atît mai important, cu cît în aceste forme incipiente — care, după cum am văzut, pot să treacă neobservate — evitarea consumului de alcool poate să ducă la revenirea la normal a ficatului gras. În schimb, în formele mai severe de steatoză hepatică masivă, cu distrugere celulară și inflamație, boala capătă adesea caracterul de ciroză hepatică ireversibilă, mergînd pînă la moarte, într-o proporție de 10—30% din cazuri.

Rezultă, așadar, că evitarea consumului abuziv de alcool, în scopul de a preveni apariția unei asemenea boli grave, devine cu totul întemeiată. Dar pericolul de a contracta ciroza hepatică este cu atît mai mare la alcoolici, cu cît aceștia ajung adesea la subnutriție, printr-o alimentație insuficientă, iar alteori la obezitate, printr-o alimentație excesivă și bogată în grăsimi. La băutorii înveterați, absorbția alcoolului se face rapid și este favorizată și de faptul că mulți dintre aceștia beau pe stomacul gol, înainte de a mînca sau chiar fără să mănînce.

Dar dacă practic, nu există organ care să nu sufere de pe urma abuzului de alcool, o influență covîrșitoare o are și asupra factorului demografic. Astfel, natalitatea scade, se produc avorturi spontane, se nasc copii cu malformații congenitale, imaturi, distrofici, deficitari din punct de vedere neuropsihic. Consecințele grave ale alcoolismului nu dăunează numai individului și familiei sale, ci întregii societăți: cresc accidentele de muncă și cele rutiere, iar randamentul muncii este influențat în mod negativ. Așadar, abuzul de alcool este un dușman aprig al sănătății fizice și morale a omului, care trebuie combătut cu toată energia.

Dr. doc. I. GHERMAN

Ah! Terminologia medicală...

Într-o zi mă întîlnesc pe stradă cu un fost prieten din copilărie, pe care nu-l mai văzusem de multă vreme. Unii îi spuneau în școală «copilul precoce», alții «fenomenul», pentru ușurința cu care memora tot ce avea de învățat. Și auzisem că reușise, cu aceste aptitudini ale lui, să-și ia trei licențe: una în științe juridice, alta în filozofie și ultima în electronică, ceea ce, să recunoaștem, era o performanță demnă de ambele epitete.

După explozia firească a unei astfel de revederi, după inevitabilele aprecieri sub care apăream fiecare în ochii celuilalt, îl văd că face o pauză și cu o figură abătută, îmi spuse:

— Nenorocirea e că nu prea mă simt bine cu sănătatea. Uite, chiar acum vin de la medic.

— Și ce ți-a spus medicul? — îl întreb.

— Asta e, că n-am înțeles deloc ce mi-a spus și am devenit acum și mai intrigat.

— Nu ți-a pus nici un diagnostic?

— Ba cred că mi-a pus chiar prea multe și tocmai asta mă neliniștește. Stai să vezi...

Și în timp ce încearcă să-mi explice, scoate din buzunar o foaie de hîrtie, pe care-și notase — cum făcea la școală, pe vremuri — tot ceea ce înțelesese și din care îmi citește unele însemnări:

— Mi-a spus că, în general, am o boală oligosimptomatică, care poate fi o bradipragie sau, dacă vreau (auzi, dacă vreau eu), o bradipraxie. Totuși, după unele vagi simptoame, s-ar putea să am și o carbonildiamidie, asta rămînînd să se vadă, eventual, după analiza sîngelui. Cînd i-am atras atenția că simt deseori dureri la sinușii frontali și faciali, mi-a spus că s-ar putea să am o cefalee rinogenă sau o proastă funcțiune a canalului zigomaticoorbital. Și mi-a explicat: adică o anomalie a canalului prin care trec ramurile zigomaticofaciale și zigomaticotemporale. În sfîrșit, văzîndu-mă cum mă mișc, mi-a mai spus că sufăr și de o camptocormie.

Și, privindu-mă furios de parcă eu aș fi fost vinovat de toate astea, prietenul meu repetă:

— Auzi: bradipragie, carbonildiamidie, zigomaticoorbitalie, camptocormie... Înțelegi ceva sau rămîi analfabet, ca și mine, în fața unor astfel de denumiri?

— Dar de prescris — îl întreb eu, ocolind răspunsul —, ți-a prescris ceva?

— Da, mi-a dat niște rețete, dar eu vreau să știu ce am.

— Înțeleg, curios cum ești să le știi pe toate...

— Nu e vorba de o simplă curiozitate aici — îmi replică el —, ci de propria mea sănătate. Trebuie să aflu ce am!

— Și cum vrei să faci ca să afli?

— Cum vreau să fac? O să rîzi. Mă duc și mă înscriu la cursurile Facultății de medicină. Sînt încă la vîrsta cînd mai pot să fac o facultate. Și după aceea am să le arăt eu domnilor medici cum să se exprime ca să fie înțeleși de toată lumea. Îi învăț eu cum se poate populariza terminologia asta imposibilă...

*
* *

După alți cîțiva ani, îl întîlnesc din nou pe fostul «copil precoce» și primul lucru pe care mi-l face cunoscut e că și-a terminat și Facultatea de medicină.

— Va să zică, nu te-ai lăsat! — exclam uimit.

— Nici vorbă. Și sînt mulțumit că am reușit să aflu tot ceea ce voiam să știu din secretele urmașilor lui Hipocrate.

— Deduc, în primul rînd, că ai reușit să te edifici asupra propriei tale sănătăți și asupra diagnosticelor care-ți erau atît de obscure, cînd ne-am întîlnit ultima oară.

— O, acelea erau diagnostice total greșite. Mi-aduc perfect aminte de ele, dar eu nu suferam nici de bradipragie, nici de carbonildiamidie și nici de vreo leziune a zigomaticoorbitalului. Ceea ce aveam eu atunci și i-a scăpat medicului consultat era o celulită perimaxilară. Asta înseamnă, ca să înțelegi și tu, prezența unui infiltrat seros leucolimfohistioplasmocitar în țesutul conjunctiv interstițial al regiunii perimaxilare, datorit ontogeniei mele, care a acuzat întotdeauna o deficientă funcțiune a celulelor mezenchimale. E clar, nu?

— Foarte clar! — îi spun — Îți mulțumesc că m-ai lămurit, dar iartă-mă că sînt grăbit! Să trăiești și s-auzim de bine!...

Ion Vulpescu

EPI * GRAME

UNUI STOMATOLOG CARE-ȘI PROGRAMEAZĂ RAR PACIENȚII

Să-i mulțumesc, n-am cuvinte,
E un dentist fără egal!
Mi-a înlocuit un dinte
În același... cincinal!

LEAC PENTRU INSOMNIE

Suferea de insomnie,
Dar acum s-a vindecat
Fără nici o doctorie,
Fiindcă-i paznic angajat!

EPITAF UNUI MEDIC

În viața pământească
A fost medic iscusit.
A-nvățat cum să trăiască
Și pe urmă... a murit!

CÎND MEDICUL ESTE BOLNAV

Cînd e bolnav doctor Priboi,
Un alt coleg îl îngrijește,
Căci sinuciderea la noi
E un delict... se pedepsește!

AFLUENȚĂ ÎN CABINETELE MEDICALE

La medici, fără încetare,
Vin mereu să se arate,
Boala lor e din născare
Zisă „absențe" motivate.

SOMNIFER SIGUR

E un poet plin de visare,
Geniul său este enorm.
Cei ce-l citesc, nu-i de mirare,
Chiar fără somnifere... dorm.

Theodor Maricaru

Comprimate din

„Povestea vorbei"

VIZITĂ IMPOSIBILĂ

Dintr-un maladiv capriciu,
Vrea să vadă un ospiciu.
Dar se-ntoarce abătut,
Căci să intre n-a putut.
— Pentru că — ține să spună —
Era o lume... nebună.

PLIMBĂREȚUL

Cum și medicul susține
Că mișcarea face bine,
El își lasă slujba, casa,
Și... o ia la sănătoasa.

AUTOREEDUCARE

La a eticii poruncă,
El s-a apucat de muncă
Și lucrează-acum cu spor,
Tăind frunză clinilor.

REPLICĂ MERITATĂ

Pus pe glume proaste, unul intră iute
În biroul public de lucrări pierdute
Și îi spune celui ce păzea dulapul:
— Tovarășe, află că mi-am pierdut capul!
La care slujbașul, un zîmbet și-ascunde,
Face pe naivul și prompt îi răspunde:
— Mergeți d-voastră în sala cea mare,
Unde-i depus totul ce n-are valoare.

ION VULPESCU

Ce sînt diskineziile biliare?

Cu mai bine de 50 de ani în urmă, medicii au constatat că o serie de simptoame prezentate de bolnavi în sfera veziculei şi căilor biliare nu corespund unor modificări morfologice, lezionale, ci constituie tulburări funcţionale ale acestora. Pentru prima dată este descrisă o boală funcţională pură de către Chiray şi Pavel, în anul 1925 — atonia veziculară — cunoscută şi sub numele de «boala Chiray şi Pavel». Ulterior, pe măsură ce metodele de investigaţie în patologia biliară s-au dezvoltat, tulburările funcţionale ale veziculei şi căilor biliare au fost mai bine cercetate, astăzi fiind cunoscute sub numele de «diskinezii biliare».

Acest termen, deşi în sens strict înseamnă tulburarea motilităţii căilor biliare, îndeosebi a veziculei biliare, în sens mai larg are semnificaţia unor tulburări de contracţie, de tonus şi asinergie. Tulburarea funcţională poate fi primară sau secundară unor alterări organice locale sau la distanţă. Diskinezia biliară este o realitate clinică şi fiziopatologică de necontestat, al cărei diagnostic nu este afirmat cu certitudine decît în urma unor examene de laborator.

CAUZELE DISKINEZIILOR BILIARE

Legat organic şi funcţional de alte organe şi sisteme ale corpului nostru, aparatul biliar (vezicula biliară şi căile biliare) suferă influenţe majore din partea sistemului nervos şi endocrin, îndeosebi: activitatea tractusului digestiv (stomac, intestin) are, de asemenea, o influenţă deosebită asupra sa. Astfel, unele stări nervoase (supărări, emoţii, frică, stări conflictuale), surmenajul, tulburări endocrine (tulburări menstruale, menopauza, tulburări ale secreţiei de hormoni), obiceiuri alimentare (prăjeli, ciocolată, condimente în exces, alimente fermentescibile), abuzuri alimentare (mese copioase, consum exagerat de grăsimi, băuturi alcoolice, cafea), fumatul excesiv pot genera tulburări funcţionale, contractări, modificări de tonus (diskinezii) ale căilor biliare, avînd o simptomatologie variată.

CUM SE MANIFESTĂ ÎN MOD OBIŞNUIT ŞI CARE SÎNT TIPURILE PRINCIPALE DE DISKINEZIE BILIARĂ?

Trebuie subliniat că nu există semne caracteristice, specifice, de diskinezie biliară. Simptoamele pot avea un caracter general sau pot fi localizate. La unii bolnavi, tulburările generale se pot manifesta printr-o stare de indispoziţie, cvasipermanentă, senzaţie de amar, fond migrenos permanent, pe care se grefează crize migrenoase cu vomismente bilioase, urmate de o stare de uşurare. Bolnavii (mai ales femei) sînt în general slabi, cu tulburări de tranzit intestinal (constipaţie, dar şi crize diareice), digestie dificilă, cu intoleranţă la anumite alimente (grăsimi, ciocolată). Local, sub rebordul costal drept, bolnavii acuză o senzaţie de jenă, de greutate. Această simptomatologie

poate să corespundă unei **atonii** sau unei **hipotonii veziculare.** În acest caz, medicul recomandă o serie de investigații de laborator: tubajul duodenal pune în evidență o bilă B, închisă la culoare (neagră), care se scurge încet în cantitate mare, iar examenul radiologic (colecistografia) arată o veziculă alungită, care nu se contractă sau se contractă foarte puțin. Cercetările au arătat că aceste tulburări se datoresc deficitului global sau parțial de hormon necesar contracției veziculare — colecistokinina, sau unui exces de anticolecistokinină.

Alteori, bolnavii prezintă, pe un fond general de hiperexcitabilitate nervoasă, de reactivitate crescută, dureri sub rebordul costal drept, care iradiază în umărul drept, însoțite de grețuri, vomismente și distensie abdominală. Apariția acestor simptoame este favorizată de o serie de factori: stări emoționale puternice, îndeosebi cu caracter negativ, tensiune nervoasă mare, stări conflictuale, tulburări hormonale (perioada menstruală) sau o alimentație bogată în grăsimi, prăjeli, ciocolată. Asemenea simptoame pot să corespundă unei **vezicule iritabile cu hiperkinezie** sau unei **hipertonii veziculare.** În cazul unei vezicule iritabile cu hiperkinezie, colecistografia arată o veziculă biliară care se contractă foarte mult și se evacuează rapid. Dacă este vorba de hipertonie, tubajul duodenal este dificil, declanșînd dureri asemănătoare colicilor biliare. Radiologic, vezicula apare de formă rotunjită, ca o bilă (forma normală fiind de pară). Această tulburare funcțională a veziculei biliare se datorește unui obstacol funcțional sau organic, situat la nivelul canalului cistic sau gîtului vezicular.

În afara diskineziilor, în cadrul suferinței căilor biliare se cuprind și tulburările funcționale ale canalului coledoc (cel care drenează bila din ficat în duoden) și ale sfincterului Oddi (inel contractil ce reglează vărsarea comună a bilei și sucului pancreatic în intestinul subțire). Acestea se manifestă în mod diferențiat, în funcție de starea în care se află sfincterul — de contracție prelungită nefiziologică (spasm, hipertonie) sau, dimpotrivă, acesta și-a pierdut parțial sau total capacitatea de contracție (hipotonie sau atonie). Astfel, scurgerea fiziologică a bilei în intestin, ritmată de mese, este perturbată. În primul caz (spasmul sfincterului), apar dureri sub rebordul costal drept asemănătoare crizelor biliare. Se întîlnesc mai ales la bolnavii care au avut operații pe căile biliare (colecistectomie) și se datoresc unei distensii a canalului biliar principal (coledocul). Bila nu se mai scurge normal în intestin. Uneori se asociază febră și icter, cînd intervin infecții ale căilor biliare, iar concentrația de bilirubină în ser crește, nemaiputînd fi eliminată prin bilă în intestin. Unii factori emoționali pot întrerupe fluxul normal biliar spre intestin. Cel de-al doilea caz (atonia sau hipotonia sfincterului) se referă la bolnavi în vîrstă înaintată, după operații pe căi biliare, cu afecțiuni de vecinătate, respectiv ale intestinului gros (colopatii), cu tulburări de tranzit intestinal (diaree), stări febrile, scădere în greutate, migrene. Examenele de laborator precizează diagnosticul.

Diskinezia biliară odată afirmată (în urma excluderii leziunilor organice prin examenele corespunzătoare) necesită un tratament igienodietetic, balneofizioterapic și medicamentos, pe care numai medicul îl poate prescrie, pe baza datelor examenului clinic și de laborator.

Uneori, aceste reacții ale aparatului biliar sînt ușoare și trecătoare. Alteori însă, cînd simptoamele se repetă relativ des, cînd nu cedează la măsurile obișnuite de repaus, sedare și cruțare alimentară, cînd durerile iau un aspect colicativ, cu grețuri și vărsături bilioase, stări migrenoase, scădere în greutate, trebuie consultat medicul, singurul în măsură să constate și să aprecieze necesitatea unor examene de laborator, în vederea precizării diagnosticului, de care depinde conduita terapeutică. Aceasta cu atît mai mult, cu cît aceste simptoame pot constitui avangarda unor leziuni organice viitoare sau sînt epifenomenul unor modificări lezionale deja constituite.

DR. GH. BUCUR
Spitalul «Brîncovenesc»

ULCERUL GASTRODUODENAL

CAUZE ȘI MECANISME

Conf. dr. doc. **Benedict Gheorghescu**

Șeful centrului de gastroenterologie, București

Stomacul normal are un rol important în procesul de digestie, prima fază a acestui proces fiziologic avînd loc în cavitatea gastrică, datorită celor două funcții importante: secretoare și motorie. Prin secreția gastrică se asigură, în primul rînd, pregătirea proteinelor pentru fazele ulterioare de degradare, în timp ce prin contracțiile sale, stomacul asigură amestecul și propulsia alimentelor în intestin.

În cazul apariției ulcerului gastric și duodenal se produc perturbări, în primul rînd, ale funcției secretoare a stomacului. Majoritatea factorilor care modifică secreția gastrică generează afecțiunile cele mai frecvente ale acestui segment digestiv — gastritele și ulcerul.

Secreția normală a stomacului are ca elemente specifice 2 substanțe: acidul clorhidric și pepsina, a căror concentrație normală asigură funcțiile de bază ale stomacului. Reglarea debitului de acid clorhidric și pepsinogen în secreția gastrică se face atît pe cale nervoasă, cît și hormonală.

Sistemul nervos (creierul), transmite prin nervul vag o serie de impulsuri, care măresc sau micșorează cantitatea de acid clorhidric și pepsină. Mecanismul nervos al secreției gastrice începe însă înainte de introducerea alimentelor în stomac; astfel, mirosul unor alimente, modul lor de prezentare, contribuie la stimularea secreției de acid clorhidric, cu scopul de a pregăti stomacul pentru procesul de digestie. Nervul vag acționează asupra celulelor producătoare de acid clorhidric și pepsină prin intermediul unor substanțe intermediare, dintre care cele mai importante sînt acetilcolina și histamina.

Mecanismul hormonal deține, de asemenea, un rol important asupra secreției gastrice, pe care o reglează prin intermediul mai multor hormoni, dintre care un rol deosebit îl are gastrina, secretată de unele celule endocrine gastrice. Secreția de gastrină este stimulată atît pe cale nervoasă (nervul vag), dar mai ales prin prezența alimentelor în stomac (masă mai bogată, conținînd multe proteine și condimente, cunoscute ca excitante puternice). Ea intră în sîngele care irigă stomacul și ajunge la nivelul celulelor care produc acid clorhidric și pepsină fie direct, fie prin intermediul histaminei.

Trecute din stomac în duoden, alimentele digerate în stomac (chim) stimulează, prin compoziția lor, o serie de alți hormoni și mecanisme reflexe, care contribuie la scăderea secreției de acid clorhidric și pepsină. Secrețiile de acid clorhidric și pepsină merg, de obicei, paralel.

În cantitățile normale secretante atît acidul clorhidric, cît și pepsina sînt suficient de concentrate, pentru a produce efecte nocive asupra mucoasei gastrice. Aceasta este protejată însă în fața agresiunii permanente de către un strat de 2—3 mm de mucus, care este secretat de alt grup de celule existente în mucoasa gastrică, denumite mucipare. Compoziția mucusului secretat, din punct de vedere cantitativ și calitativ, are un rol hotărîtor în protecția mucoasei gastrice față de agresiunea clorhidropeptică. La autoapărarea mucoasei gastrice mai contribuie și irigația sîngelui din peretele gastric.

Glandele endocrine (suprarena[1], paratiroide, tiroidă, pancreas, hipofiză) au și ele rolul de a contribui la menținerea unui echilibru între forțele agresive produse de stomac, în special prin acidul clorhidric, și cele de apărare, reprezentate prin mucus.

În mod normal, secreția gastrică se face discontinuu; este mai mare după mese și înainte de mese și mai mică între mese și noaptea. Dar există o serie întreagă de factori ce pot disturba acest mecanism, fie mărind concentrația factorilor de agresiune, fie scăzînd puterea de apărare a stomacului, fie acționînd în ambele sensuri. Dintre aceștia, factorul nervos are un rol deosebit de important în creșterea

concentrației clorhidropeptice și deci a potențialului de agresiune asupra mucoasei gastroduodenale, mai ales dacă există și condiții favorizante (ereditate ulceroasă, forțe slabe de apărare a mucoasei etc.). Suprasolicitările, stresurile repetate, lipsa de echilibru între somn și activitate, toate acestea fac ca tonusul vagal să fie crescut și odată cu acesta și secreția de acid clorhidric și pepsină. Așa se întîmplă de obicei în cazul ulcerului duodenal. Dar în afara secreției crescute de acid clorhidric și pepsină, ulcerul gastroduodenal se caracterizează și prin lipsa de pauză secretorie, atît între mese, cît și noaptea. Stomacul secretă deci continuu și în concentrații mari.

Alți factori care contribuie la diminuarea rezistenței forțelor de apărare ale mucoasei gastroduodenale, putînd favoriza apariția ulcerului gastric și duodenal sînt: consumul de băuturi alcoolice concentrate, precum și fumatul pe stomacul gol, ceea ce determină o dizolvare a mucusului protector și o excitație a secreției de gastrină; alimentele hipercondimentate sau prea fierbinți, cafeaua în cantități mari etc., unele obiceiuri alimentare (consumul abuziv de afumături, alimente conservate etc.) pot contribui, de asemenea, la excitația secreției gastrice și diminuarea forțelor de apărare. La acestea se mai adaugă și o serie întreagă de medicamente, care au proprietatea de a altera funcția de apărare a mucoasei gastrice. Printre acestea menționăm: aspirina, fenilbutazona sau alte preparate antireumatice, unele medicamente antihipertensive, cortizonul etc.

În cazuri mai rare, ulcerul gastric și cel duodenal pot fi favorizate de secreții excesive sau anormale ale unor glande endocrine ca: paratiroida, care prin intermediul eliberării crescute de calciu excită secreția de acid clorhidric, suprarenalele, unele tumori pancreatice etc.

În prezent se discută tot mai mult de rolul factorului genetic în producerea ulcerului. Într-adevăr, se cunosc numeroase familii cu descendență ulceroasă, dar în toate aceste cazuri s-a menționat o creștere a numărului de celule oxintice, capabile deci să secrete o cantitate mai mare de acid clorhidric. De asemenea, s-a demonstrat că hormonii intestinali, «de frînare» a secreției gastrice, ar funcționa deficitar la această categorie de bolnavi.

În cazul unor afecțiuni extragastrice, care scad puterea de apărare a organismului, ulcerul gastric și duodenal are o frecvență mai crescută. Printre acestea menționăm: cirozele hepatice, emfizemul pulmonar, insuficiența cardiacă, ateroscleroza etc.

În general, factorii menționați și mecanismele de producere a ulcerului acționează complex, fiind implicate atît forțele de agresiune, cît și forțele de apărare a mucoasei gastrice, pe care le diminuă mult. Dacă s-au făcut progrese în cunoașterea mecanismelor mai importante și a factorilor care le întrețin în producerea ulcerului gastric și duodenal, acestea sînt mai reduse în privința fenomenelor ce au loc la nivelul celulelor producătoare de acid clorhidric și pepsină.

Din cele prezentate rezultă că ulcerul gastroduodenal este o afecțiune determinată de dereglarea mecanismelor normale ce intervin în funcția secretoare a stomacului. Leziunea caracteristică, nișa, se produce de obicei în locurile în care mucoasa gastrică sau duodenală au rezistența cea mai scăzută, adică pe mica curbură a stomacului și în bulbul duodenal. Mai rar ulcerul se poate situa și în alte zone ale stomacului și duodenului.

Un regim de viață echilibrat, o alimentație dietetică, mese regulate, evitarea factorilor nocivi, toate acestea contribuie într-o măsură importantă la profilaxia ulcerului gastroduodenal.

GLUME CELEBRE PE RIME

LIPSĂ DE EXPERIENȚĂ

Văzîndu-l pe Cervantes cum se sfîrșește lent,
Un medic îl întreabă, ce simte pe moment?
— Ce simt? — răspunse acesta — e greu să deslușesc,
Ce vrei? e prima moarte, pe care o trăiesc...

MOTIV DE... REPROFILARE

— Tu medic te-ai făcut din luptător,
I-a spus-o Diogene cu umor,
Pentru că numai astfel, convins sînt,
Îl poți pe-oricine pune la pămînt.

ULTIMELE CUVINTE

Pe eșafod Danton urcat,
Zise călăului mascat:
— S-arăți mulțimii capul meu,
Merită asta, îți spun eu!

Ion Vulpescu

ce sînt PANCREATITELE

Dr. doc. L. Buligescu

Pancreatitele sînt boli inflamatoare ale pancreasului. Pancreasul este o glandă mixtă a organismului, care elaborează atît secreţie exocrină, cît şi secreţie endocrină. Secreţia exocrină se varsă în duoden şi conţine enzimele necesare digestiei alimentelor în intestin (tripsină, chimotripsină, carboxipolipeptidază, colagenază, elastază, amilază, lipaze etc.). În secreţia endocrină se găsesc hormonii (insulina, glucagonul) care reglează metabolismul glucidic.

Pancreasul este situat profund în abdomen, în spaţiul retroperitoneal. Din cauza acestei poziţii, el este greu accesibil explorărilor medicale, simptomatologia suferinţelor sale fiind greu de descoperit.

Bolile inflamatoare ale pancreasului pot fi acute şi cronice. Pancreatitele acute sînt afecţiuni deosebit de grave, manifestîndu-se prin dureri abdominale violente, rezistente la tratamentul antalgic obişnuit, vărsături rebele, eructaţii, sughiţ, stare de şoc cu tahicardie, scăderea tensiunii arteriale, transpiraţii reci. Tabloul clinic atît de dramatic expune la confuzie cu abdomenul acut chirurgical (ulcer gastroduodenal perforat, colecistită acută, apendicită acută, infarct mezenteric, iar la femei cu sarcină extrauterină ruptă) şi diferenţierea trebuie făcută cu mult discernămînt, deoarece în perioada acută a pancreatitei intervenţia chirurgicală este contraindicată.

Leziunile provocate de pancreatita acută sînt variabile, începînd cu inflamaţia edematoasă, localizată la pancreas, compatibilă cu un prognostic mai bun şi terminînd cu leziunile necrotice-hemoragice extensive, care favorizează generalizarea bolii. Pancreatita necrotico-hemoragică, însoţită de toxemie pancreatică, are însă o evoluţie severă.

Pancreatitele acute, mai ales cele sub formă necrotico-hemoragică, din fericire sînt boli rare, survenind aproximativ 8 cazuri la 100 000 de locuitori pe an. Ele interesează ambele sexe, cu oarecare prevalenţă pentru sexul feminin. Pot să apară la orice vîrstă, dar predomină între 30 şi 50 de ani. Factorii care pot fi făcuţi responsabili de această boală gravă, în ordinea frecvenţei, sînt următorii: litiaza biliară, etilismul, ateroscleroza, unele infecţii virotice, hiperparatiroidismul, hiperlipemia, intervenţiile chirurgicale în sfera digestivă, abuzurile alimentare, în special de grăsimi, unele medicamente (cortizonice, diuretice sulfamidice etc.). Recunoaşterea şi corectarea din timp a litiazei biliare, combaterea alcoolismului, alimentaţia igienică, echilibrată, fără abuzuri, ca şi combaterea excesului de medicamente deţin un rol major în profilaxia bolii, putînd să reducă considerabil morbiditatea printr-o afecţiune atît de gravă.

Bolnavii care prezintă factori de risc pentru pancreatita acută, precum şi simptomatologia descrisă, trebuie internaţi de urgenţă într-un serviciu de terapie intensivă. Examenul clinic atent, explorările de laborator, ca şi urmărirea evoluţiei bolnavului permit diferenţierea pancreatitei acute de abdomenul acut chirurgical, precum şi recunoaşterea formei anatomoclinice de boală. În aceste cazuri, intervenţia chirurgicală nu numai că nu poate interveni în intimitatea mecanismului de producere a afecţiunii, dar chiar agravează evoluţia. Tratamentul medical, aplicat din timp, dispune însă de resurse suficiente pentru vindecarea bolii, în majoritatea cazurilor. La două săptămîni după remisiunea pancreatitei acute, bolnavilor li se va efectua o colecistografie, şi numai dacă se evidenţiază litiaza biliară, se va recurge la corecţia chirurgicală a acesteia.

Pancreatitele cronice sînt boli inflamatoare cronice ale pancreasului, caracterizate prin scleroză extensivă lobulară, interlobulară şi canaliculară, în unele cazuri cu formare de calculi canaliculari şi calcificări pancreatice. Leziunea iniţială este localizată la nivelul canalelor pancreatice şi constă în formarea unor dopuri proteice, care obstruează lumenul şi îi alterează structura, evoluînd spre stenoze ireversibile. Clinic, afecţiunea se traduce prin dureri în etajul superior al abdomenului, mai ales în partea stîngă a acestuia, cu caracter permanent sau sub formă de crize după mese bogate în grăsimi sau băuturi alcoolice, prin prezenţa grăsimilor nedigerate în scaun, hiperglicemie (diabet zaharat benign), scădere în greutate, astenie, diaree, lipsa poftei de mîncare, greţuri, tulburări nevrotice. Există însă numeroase forme clinice, situate la extremităţi: fie că se manifestă prin dureri intense, fie că sînt nedureroase şi

atunci se recunosc după celelalte semne. Hiperglicemia moderată la un adult lipsit de antecedente familiale diabetice şi fără să fie consumator de alcool, scăderea ponderală, astenia, tulburările dispeptice atrag atenţia asupra pancreatitei cronice.

Pancreatita cronică este o boală de largă răspîndire, cu caracter invalidant, dacă nu este tratată. Interesează preponderent sexul masculin (90% din cazuri) şi este mai frecvent observată între 40 şi 60 de ani. În ţara noastră, factorii etiologici cei mai reputaţi, în ordinea frecvenţei, sînt: etilismul, bolile cronice de ficat, hiperlipemia, ulcerul gastroduodenal şi, în mai mică măsură, afecţiunile biliare. Pancreatita cronică din litiaza biliară este o pancreatită benignă, care se opreşte în evoluţie după corectarea afecţiunii biliare.

Cunoscînd factorii cauzali ai bolii, înţelegem că putem face profilaxia pancreatitei cronice prin combaterea alcoolismului şi a bolilor cronice de ficat — obiective majore ale politicii sanitare din ţara noastră.

Cercetările şcolii româneşti de gastroenterologie au contribuit la elucidarea pancreatitei cronice. Dispunem astăzi de suficiente metode pentru stabilirea diagnosticului afecţiunii, cum sînt: testul la secretină-ceruleină, scintigrama pancreatică, dozarea grăsimilor în scaun, testele de digestie, proba glicemiei provocate.

În tratamentul afecţiunii, regimului alimentar îi revine un rol esenţial. Se recomandă o alimentaţie uşoară, repartizată în 5 prînzuri mici pe zi. Sînt contraindicate: băuturile alcoolice, alimentele care stimulează secreţia gastrică şi /sau pancreatică (supe de carne, ciorbe, murături), condimentele (piper, boia, muştar, ceapă, usturoi), alimente greu digestibile (rîntaşuri, conserve, afumături, maioneze, icre, precum şi cele celulozice tari (varză, fasole uscată, ridichi, păstîrnac, ţelină, castraveţi, vinete). De asemenea, nu sînt bine tolerate de către bolnavi: cafeaua, laptele dulce, ciocolata, cacaoa, dulciurile concentrate.

Regimul alimentar va trebui să asigure un aport caloric suficient (3 000 calorii pe zi) pentru menţinerea unei stări normale de nutriţie, va fi un regim mixt, bine echilibrat în principiile alimentare de bază. Pancreasul este unul dintre marii consumatori de proteine pentru sinteza enzimatică. De aceea, se recomandă o raţie proteică de 1,5 g/kilocorp/24 de ore, sub forma proteinelor de origine animală, care au un conţinut bogat în aminoacizi esenţiali. Se preferă carnea de vită (se exceptează oaia şi mielul, care nu sînt bine tolerate), carnea de pasăre (gîsca şi rata sînt interzise) şi peştele slab (şalău, ştiucă, păstrăv, mreană, lin, calcan). Pestele gras (crap, somn, scrumbie, morun, nisetru) şi cel conservat, scrumbiile, crustaceii, vînatul, nu sînt recomandate. Se va avea grijă ca prin modul de pregătire culinară a cărnii să nu se formeze produşi secundari cu acţiune puternică de stimulare a secreţiei gastrice sau pancreatice. De aceea, se preferă carnea fiartă sau friptă pe grătar şi nu prăjită sau înăbuşită la cuptor. Brînzeturile proaspete, nefermentate (caş, telemea, caşcaval) şi ouăle fierte timp de 3-4 minute, reprezintă altă sursă importantă de proteine.

Glucidele nu vor depăşi 350-400 g pe zi, în funcţie de toleranţă, la diabetici reducîndu-se la 200-250 g. Sînt în general bine tolerate făinoasele (pîine veche sau prăjită, paste făinoase, griş), orezul, creme, tarte, biscuiţi, jeleuri, legumele şi fructele, mai mult fierte.

Raţia de grăsimi va fi individualizată, dar în general nu va depăşi 80 g pe zi, sub formă de grăsimi emulsionate şi neprăjite: lapte şi derivate, untdelemn, ouă.

Tratamentul medicamentos revine medicului specialist, urmînd a fi adaptat particularităţilor fiecărui bolnav.

În afara perioadelor acute, afecţiunea poate beneficia de cure hidrominerale, cu ape bicarbonatat-sulfatate la Slănic Moldova, Sîngeorz sau Căciulata.

LEXICON MEDICAL

Autopsie — ultimul interviu.
Colici — lupte intestinale.
Dinţi — treizeci şi două de motive de ranchiună.
Diabet — rafinărie internă.
Diagnostic — adevăr provizoriu.
Epidermă — costumul lui Adam.
Frison — arpegiu pe harpa nervilor.
Homeopatie — legea talionului.
Spital — atelier de reparaţii.
Inteligenţă — calitate pe care nu o au duşmanii noştri.
Longevitate — fenomen extramedical.
Microb — agent adesea foarte secret.
Naştere — debutul în lume.
Nicotină — otravă care se obţine fără reţetă.
Ochi — organ de informaţie.
Puls — metronom medical.
Strabism — divergenţă de vedere — mijloc de a trage cu ochiul peste tot.
Surditate — suspendarea audiţiei.
Termometru — exploratorul ţărilor calde.
Tratament — experienţă.

Traducere de
GABRIEL TEODORESCU

CONSTIPAȚIA

Dr. doc. I. GHERMAN

Centrul de gastroenterologie „Spitalul clinic „Fundeni"

Constipația este o afecțiune digestivă din cele mai frecvente, care constă dintr-o evacuare întîrziată (la mai mult de 2 zile) și dificilă a conținutului intestinal. Din punctul de vedere al cauzei care o determină și al mecanismului de producere, există o constipație simplă, funcțională sau habituală și o constipație organică sau simptomatică.

Constipația organică sau simptomatică își are cauza în afecțiuni ale altor organe sau poate fi determinată de factori mecanici (obstrucții, tumori, bride), factori nervoși (leziuni ale sistemului nervos, tulburări reflexe etc.) sau factori umorali, pe care îi întîlnim în diferite boli endocrine.

Constipația funcțională sau habituală, cea mai frecventă, este în realitate rezultatul unor tulburări în acele funcții ale intestinului gros (colonului) care asigură împingerea și înaintarea bolului fecal. Dacă constipația privește mobilitatea întregului colon sau numai parțial, avem de-a face cu o constipație colonică (parțială sau totală), iar dacă se referă numai la ultimul segment al intestinului gros, vorbim de o constipație sau dischezie rectală.

Dintre cauzele care duc la tulburările de mobilitate ale colonului în constipația funcțională sau habituală menționăm:

— regimurile alimentare unilaterale și monotone, cum ar fi regimurile carnate (cu reziduuri reduse) sau cele lipsite de cruditați (fructe, zarzavaturi), care nu pot asigura evacuarea constantă a intestinului;

— regimurile lipsite de pîine, lichide etc., pe care și le impun unii bolnavi care suferă de obezitate;

— sedentarismul exagerat al unor persoane, care nu practică exerciții de gimnastică și nici un fel de muncă fizică sau care, din cauza unei munci pe care o exercită, își suprimă în mod voit reflexele de defecare;

— abținerile voite, din pudoare, din comoditate sau din cauza repulsiei față de unele condiții neigienice duc, mai ales la femei, la «tocirea» sau suprimarea reflexului de defecare și la instalarea unei dischezii rectale (constipație rectală);

— abuzurile de clisme sau purgative, pe care unii bolnavi și le administrează zilnic;

— lipsa de dinamism a musculaturii intestinale, care se instalează într-o proporție de peste 30% la persoanele care depășesc vîrsta de 60 de ani.

Bolnavii de constipație acuză o serie de manifestări, cum sînt: distensie abdominală, balonări, inapetență, cefalee, insomnie, stări de oboseală și stări depresive. Limba la bolnavii constipați este încărcată, cu un depozit alb-gălbui, iar la persoanele mai slabe se poate constata prezența materiilor fecale dure în diferite segmente ale colonului. Destul de frecvent constipația cronică se poate complica cu hemoragii anorectale (rupere de hemoroizi) sau fisuri anale.

Scaunul unui bolnav de constipație este ușor de recunoscut, după unele particularități pe care le prezintă: astfel, sub raportul cantitativ, atunci cînd emisiile de scaune se fac la 3—5 zile, sau mai mult, cantitatea acestora este mai mare, apărînd sub formă de schibale dure și fragmentate. Cantități și mai mari, sub formă de fecaloame enorme se formează în discheziile rectale. Forma scaunelor de constipație este variabilă. De exemplu, în constipația spastică, din cauza mișcărilor spastice mai accentuate, scaunele capătă aspectul unor măsline sau al unor bile consistente («scaune de capră»). În stenozele rectale — determinate de un cancer sau sifilis rectal — scaunul poate lua forma de panglică sau de creion. Consistența scaunelor de constipație, așa după cum este de așteptat, este dură, luînd uneori chiar aspectul de pietre (coproliți), în special la bolnavii casectici (mult slăbiți) și cu constipații rebele. Culoarea scaunelor de constipație este, de cele mai multe ori, brună sau brună-închisă. Datorită mucusului mai abundent, scaunele pot lua și o nuanță albă-cenușie, iar din cauza sîngelui proaspăt eliminat (din hemoroizi sîngerînzi sau fisuri), în cursul eforturilor prelungite și repetate de defecație, scaunele de constipație pot fi roșii, sanguinolente. Din cauza proceselor de putrefacție care domină în constipație, scaunele au adesea un miros putrid puternic. Sărace în resturi alimentare, acestea conțin adesea mucus, mucozități, false membrane și sînge.

În tratamentul constipației cronice, o deosebită importanță prezintă reeducarea reflexului de defecație, care este de cele mai multe ori mult slăbit. În acest scop, este util ca bolnavii de constipație să-și rezerve pentru scaunul zilnic cel puțin 20—30 de minute, de preferat dimineața. Tot în același scop, se recomandă bolnavilor să consume dimineața, pe stomacul gol, un pahar cu apă rece și o lingură de miere de albine. Exercițiile de gimnastică și masajul abdominal sînt binevenite în combaterea acestei boli atît de frecvente și supărătoare. Regimul alimentar, judicios întocmit, are un rol de seamă în tratamentul acestei boli. El trebuie să conțină lichide suficiente, ceaiuri anticonstipante, dar, mai ales, alimente bogate în celuloză (fructe, zarzavaturi, prune uscate, pîine neagră etc.). Tratamentul fizioterapic și cel hidrominerai (Sîngeorz-Băi, Slănic Moldova, Vîlcele etc.) se dovedesc adesea eficiente.

Se interzice însă administrarea unei terapii medicamentoase fără prescripție medicală, deoarece există riscul de a se produce inflamații ale colonului; de asemenea, în caz de constipație simptomatică, se poate întîrzia astfel aplicarea unui tratament adecvat.

ce știm despre cancerul gastric

Cancerul gastric, datorită simptomatologiei neevocatoare și a numeroaselor forme clinice sub care se poate manifesta, prezintă actualmente mari dificultăți în stabilirea diagnosticului într-un stadiu util chirurgical. El constituie localizarea viscerală cu incidența cea mai mare — la femei depășește cancerul uterin, iar la bărbați pe cel bronhopulmonar. Se întîlnește la orice vîrstă și, în special, între 50 și 60 de ani (așa-zisa «vîrstă a cancerului gastric»). Este mai frecvent întîlnit la bărbați decît la femei, incriminîndu-se faptul că bărbații sînt mai expuși diverselor noxe cancerigene (fumat, alcool, viață și alimentație neregulate).

Cauzele și mecanismul de producere în cancerul gastric nu sînt elucidate. Totuși, cercetările au arătat că în geneza tumorilor maligne gastrice intervin o serie de factori: de mediu (geografici, nutriționali etc.); genetici (cancere familiale) și locali sau «factori de risc».

Studii epidemiologice efectuate recent au evidențiat diferențe semnificative privind frecvența cancerului gastric în raport cu țara, vorbindu-se chiar de o geografie a acestui tip de cancer. Astfel, a fost subliniat rolul compoziției minerale a solului și a fost relevată importanța obiceiurilor alimentare: mîncare în grabă, supraalimentație seara, alcoolismul, folosirea excesivă a alimentelor fierbinți, a alimentelor afumate și a celor prăjite.

Toate aceste observații au condus la opinia că există factori cancerigeni legați de obiceiul particular de alimentație al popoarelor. Astfel, în Japonia, a fost incriminat rolul orezului, care reprezintă un aliment de bază. Argumentul însă nu rezistă analizei, deoarece consumul de orez este ridicat și în multe țări din Europa, fără să se constate o incidență crescută a cancerului gastric. Se pare că acțiunea cancerigenă a orezului este determinată în Japonia de modul de pregătire, fiind asociat cu glucoză și talc, ultima substanță avînd acțiune cancerigenă.

Consumul de alimente conservate prin afumare constituie un alt factor cu acțiune cancerigenă. Cercetările privind frecvența cancerului la populația din unele regiuni maritime au evidențiat diferențe semnificative în raport cu modul de alimentație. Astfel, incidența cancerului gastric este de 3 ori mai ridicată la pescari, care sînt mari consumatori de pește afumat, în comparație cu cea constatată la agricultorii din aceeași regiune. O situație asemănătoare se constată și la muncitorii din industrie, care se ocupă cu conservarea peștelui prin afumare și care consumă mari cantități din acest preparat. Factorul cancerigen din alimentele afumate îl constituie 3-4-benzpiren. Cantitatea de benzpiren conținută într-un kg de carne de oaie afumată corespunde aceleia din fumul a 250 de țigarete. Păstrăvii afumați conțin o cantitate dublă de benzpiren. În carnea afumată au fost decelate și alte substanțe aromatice policiclice, cunoscute ca fiind cancerigene. Cantitatea de benzpiren conținută în alimentele afumate este mai mare în cazul unei expuneri prelungite la afumare și la temperaturi înalte.

Un rol însemnat în geneza cancerului îl are și alcoolul, datorită acțiunii pe care o determină asupra mucoasei gastrice, pe care o irită, o congestionează, și consumat o perioadă lungă de timp, conduce la leziuni inflamatoare cronice, favorizînd instalarea gastritei atrofice și, ulterior, a atrofiei gastrice.

Acțiunea cancerigenă a tutunului a fost de mult timp subliniată, datorîndu-se, în principal, 3—4—benzpirenului.

Dar alături de numeroșii factori extrinseci menționați, pare să intervină în geneza cancerului gastric și factorul genetic, ereditatea.

De asemenea, au fost incriminate ca avînd rol în apariția cancerului leziunile cronice ale stomacului, reprezentate de gastrita cronică atrofică, anemia pernicioasă, polipul gastric, ulcerul gastric, toate fiind înglobate în termenul de precancer gastric. Trebuie subliniat că aceste leziuni, care se caracterizează printr-o evoluție îndelungată, nu implică transformarea implacabilă în cancer, ci numai posibilitatea unei asemenea evoluții nefavorabile. De aceea, unii autori includ aceste leziuni în categoria factorilor de risc, subliniind că nu există în asemenea situații o evoluție spre cancer decît într-o proporție oarecare din cazuri.

Manifestările clinice ale cancerului gastric se instalează după o perioadă preclinică de latență absolută, fără nici un simptom, care poate dura cîteva luni. În această etapă preclinică, un cancer poate fi descoperit întîmplător, cu ocazia unei intervenții chirurgicale abdominale, efectuate pentru altă afecțiune. Debutul clinic este insidios, lent, imprecis, cu simptoame discrete, pe care bolnavii le neglijează sau nu le remarcă spontan. Semnele clinice de tip dispeptic sînt variate, în raport cu forma anatomică și cu localizarea. Astfel, simptomatologia este mai evidentă în caz de cancere ulcerate (care se însoțesc de dureri) sau în cancerele situate juxtacardial (manifestate cu jenă la înghițirea alimentelor, rigiieli) și juxtapilorice (balonare, vărsături). În general, predomină semnele dispeptice: balonări și jenă epigastrică, discrete dureri în abdomenul superior, intermitente sau continue (fără orar), senzație de plenitudine postprandială, sațietate rapidă. Alteori, se remarcă: astenie, scăderea capacității de muncă, depresiune psihică, apatie, indiferență, uneori inapetență, grețuri. Așadar, nimic caracteristic, nimic alarmant, nici pentru bolnav, nici pentru medicul consultant, tocmai în această etapă de evolutie a bolii, în care se impune cu necesitate stabilirea diagnosticului în vederea intervenției chirurgicale.

Sînt situații în care diagnosticul întîrzie, datorită faptului că neoplasmul gastric se instalează la persoane care au avut un trecut îndelungat de suferințe digestive, expresie a unei gastrite sau colecistopatii litiazice sau nelitiazice. În astfel de cazuri atît bolnavul, cît și medicul, consideră că noile acuze clinice nu reprezintă decît vechea boală.

Se înțelege că pentru a evita asemenea «capcane» întinse de cancerul gastric, din care pot decurge erori, este necesară o conduită adecvată. Astfel, un tablou clinic manifestat chiar numai prin semne dispeptice

discrete, dar durabile, nu trebuie să fie subestimat nici de bolnav, şi nici de medic. Bolnavul este dator să consulte medicul, iar acesta să recurgă la explorarea radiologică, efectuarea chimismului gastric, a unor analize de laborator şi, în cazul în care diagnosticul rămîne incert, să recurgă la fibroscopia gastrică. Această conduită medicală va permite stabilirea diagnosticului de cancer într-un stadiu util, oportun pentru efectuarea intervenţiei chirurgicale salvatoare.

Este util să se ştie că uneori cancerul gastric poate simula un ulcer gastric, manifestîndu-se cu dureri epigastrice, ritmate de alimentaţie şi calmate de alimente, cu perioade de exacerbări întrerupte de perioade de acalmie. De aceea, se recomandă urmărirea dinamică radioclinică a bolnavilor la intervale scurte de timp (10—20 de zile), ceea ce dă posibilitatea să se aprecieze tendinţa evolutivă a leziunii.

În cazurile în care diagnosticul nu este stabilit în etapa micilor semne dispeptic-dureroase, neoplasmul va evolua şi vor apărea semnele tipice ale bolii: durerile sînt accentuate şi permanente, bolnavii prezintă vărsături, uneori cu aspect de zaţ de cafea, se instalează lipsa poftei de mîncare totală sau faţă de unele alimente, apare paloarea tegumentelor şi mucoaselor şi se constată o progresivă reducere a maselor musculare, cu pierderi ponderale impresionante. În această fază, momentul intervenţiei chirurgicale a fost depăşit.

De aceea este bine să ştim că măsurile profilactice referitoare la factorii de risc incriminaţi în cancerul gastric joacă un rol de o deosebită însemnătate; în plus, să nu uităm că la stabilirea unui diagnostic corect şi în timp util trebuie să concure principalii implicaţi — bolnavul şi medicul.

Dr Ioan Jocu

Spitalul clinic „Dr. I. Cantacuzino"

regimul alimentar în bolile digestive

Dr. D. Sdrobici

Datorită marii lor răspîndiri, bolile digestive reclamă, în primul rînd, o modificare mai mult sau mai puţin durabilă a alimentaţiei. De aceea, este necesar ca fiecare să cunoască cîteva noţiuni de bază privind acest capitol al dieteticii în patologia digestivă.

Gastritele sînt consecinţa iritaţiilor acute sau cronice ale stomacului, datorate abuzului de condimente, alcool sau tutun, masticaţiei insuficiente şi orarului neregulat al meselor. Fără înlăturarea tuturor acestor cauze, orice tratament, inclusiv cel dietetic, este ineficient.

Aşadar, în gastrite trebuie excluşi din alimentaţie iritanţii mecanici, chimici şi termici. Din prima grupă fac parte alimentele a căror consistenţă sau textură pot irita o mucoasă gastrică inflamată: legumele şi fructele crude, carnea bogată în ţesut de susţinere (cartilaje, tendoane), pîinea neagră, fructele uscate sau oleaginoase (nuci, alune, migdale), legumele bogate în celuloză (varză, fasole şi mazăre boabe). O masticaţie grăbită sau insuficientă agravează efectul iritant al acestor alimente.

Din grupa iritanţilor chimici fac parte alimentele care conţin substanţe cu efect puternic congestiv asupra mucoasei gastrice, din cauza prezenţei unor uleiuri eterice sau a unor radicali (-alil), responsabile de gustul lor pronunţat: ardei iute, boia, hrean, piper, muştar, ceapă, usturoi. Alte substanţe ca: extrasele de carne, grăsimea prăjită, sarea, alcoolul, cofeina din cafea şi ceai, sifonul sau oţetul au proprietatea de a stimula energic secreţia gastrică acidă, mărind riscul autodigestiei unei mucoase inflamate, cu mijloace de apărare reduse. În sfîrşit, dulciurile concentrate (sirop, dulceaţă, miere, ciocolată), ajunse în stomac cu o sarcină osmotică mare, sînt reţinute pentru diluare cu suc gastric, pînă ating o concentraţie compatibilă cu mediul intern, operaţie care reprezintă un efort secretor penibil pentru stomacul bolnav.

Iritanţii termici acţionează prin temperatura lor mult deosebită de temperatura normală a organismului. Orice aliment care ajunge în stomac la o temperatură mai mare de 50° sau aproape de 0° (îngheţată) irită stomacul.

În afara excluderilor menționate, rămîne o gamă variată de alimente permise, cu condiția unei preparări culinare dietetice. Astfel, supele vor fi preparate din legume strecurate cu adaos de orez, griș sau fidea, sau cu legumele trecute prin sită (pasate) sau, în sfîrșit, supe de cereale strecurate, cu adaos de gălbenuș sau lapte. În ceea ce privește legumele (cartofi, morcovi, spanac, mazăre tînără), ele vor fi preparate sub formă de piureuri cu adaos de unt proaspăt la servire sau fierte (dovlecei, fasole verde, conopidă), bine scurse de apă, cu 2—3 linguri de smîntînă dulce, adăugată la masă. De asemenea, sînt recomandate budincile de spanac, dovlecei, preparate cu ou bătut spumă și făină (sufleu), cu smîntînă la servire. Se poate adăuga brînză nefermentată, rasă sau trecută prin sită. Este permisă mămăliga pripită, preparată din 1/3 griș și 2/3 mălai fin cernut, cu brînză de vaci și smîntînă sau unt. De asemenea, papanașii din brînză de vaci, fierți, sau pastele făinoase cu unt și brînză.

Ouăle sînt permise numai fierte în coajă, moi sau sub formă de ochiuri în apă.

Carnea de vacă, vițel, pasăre va fi curățată de tendoane sau cartilaje, fiartă (rasol) sau tocată și fiartă (perișoare sau chiftele dietetice).

Peștele este recomandat proaspăt sau decongelat, fiert sau, dacă a fost preparat pane, fără crusta de pesmet prăjit.

Brînzeturile fermentate sau prea sărate vor fi evitate. În schimb, brînza de vaci, cașul nesărat, urda sau telemeaua bine desărată sînt permise.

Sosurile sînt total interzise, cu excepția sosului alb preparat din făină cu lapte și smîntînă sau unt, adăugate după ce sosul a fiert separat.

Dintre mezeluri nu se permite decît șunca degresată și parizerul «dietetic» (fără usturoi sau condimente).

Salatele, ca preparate crude, sînt în principiu interzise; se admite salata de sfeclă coaptă la cuptor sau frunzele din mijloc de la salata verde, tăiate în șuvițe și asezonate cu ulei rafinat și zeamă de lămîie diluată.

Deserturile vor consta din mere coapte la cuptor (din care se consumă doar miezul), compoturi de mere, pere, piersici, fără coajă, eventual trecute printr-o sită de păr, puțin îndulcite (5 g zahăr la o porție), sucuri de fructe citrice amestecate cu apă și îndulcite moderat, orez, griș cu lapte, cremă din ou și lapte (de «zahăr ars»), dar fără sirop, lapte de pasăre.

Aluaturile dospite sînt interzise. În schimb, aluatul fiert (de ecler) și cel preparat cu albuș bătut spumă sînt recomandate; de asemenea, deserturile preparate din frișcă și gelatină (șarlotă) sau plăcinte cu mere sau cu cremă de vanilie, cu condiția ca blaturile să fie preparate din aluat de biscuit și nu din foitaj.

În ceea ce privește pîinea, se preferă cea albă, veche de o zi, fără coajă, atunci cînd masticația este defectuoasă, sau pîinea albă proaspătă, în felii subțiri, prăjite uscat, pînă la o slabă rumenire.

Boala ulceroasă, caracterizată prin apariția unui ulcer al mucoasei gastrice sau al bulbului duodenal, însoțit de obicei de hiperaciditate, impune unele precauții alimentare suplimentare. Laptele, brînza, ouăle, carnea fiartă au efectul de a tampona aciditatea sucului gastric sau chiar de a inhiba secreția clorhidropeptică (smîntîna dulce, untul, frișca). Deoarece curba secreției gastrice în boala ulceroasă este modificată, avînd un caracter cvasicontinuu, alimentația trebuie fracționată în 5—6 mese pe zi, la interval de 3 ore, pentru a neutraliza, în mod repetat, aciditatea gastrică. Vacuitatea stomacului îl expune la acțiunea iritantă a hiperacidității gastrice, bolnavul simțind dureri sau arsuri situate în partea de sus a abdomenului.

Alimentul antiacid tip este laptele integral (nesmîntînit), 4—5 cești în 24 de ore, dintre care ultima, pe cît posibil, luată în cursul nopții. Toleranța digestivă a laptelui nu este totdeauna perfectă; el poate da balonări abdominale, dureri, uneori diaree. De aceea, este indicat să se adauge la fiecare ceașcă o linguriță de carbonat de calciu sau 5g citrat de sodiu la 1 l lapte. Dealtfel, dacă se bea în cantități progresiv crescînde pînă la 1 litru pe zi, tubul digestiv se adaptează relativ repede și digestia laptelui devine perfectă. Acțiunea antiacidă a laptelui este comparabilă cu cea a clasicelor pulberi alcaline, utilizate în terapeutica medicamentoasă a bolii ulceroase. În rest, alimentația se va alcătui după indicațiile date pentru gastrite.

Deoarece evoluția bolii ulceroase este ciclică, ameliorările spontane pînă la aparenta vindecare fiind urmate — mai ales primăvara și toamna — de recidive, prevenirea acestora impune perioade de o lună de regim, după indicațiile menționate, chiar dacă simptoamele caracteristice nu se manifestă încă.

Colecistitele sînt afecțiuni ale veziculei biliare, însoțite de tulburări în ritmul și sinergia contracțiilor căilor care devarsă ritmic bila în intestin. Funcția de rezervă a veziculei face ca bila (fierea) să stagneze aici mai multe ore zilnic. Cînd contracțiile veziculei nu sînt suficiente, rămîne un reziduu de bilă neevacuat, în care se pot depune concrețiuni formate din colesterol și săruri biliare. Împreună cu celulele descuamate și cu produse rezultate din inflamații, acestea dau naștere calculilor biliari (pietrelor), situați, de cele mai multe ori, în veziculă, de unde pot migra în arborele biliar. Este ceea ce se numește **litiază biliară.**

Dietetica colecistitelor urmăreşte atît evitarea crizelor dureroase (colici biliare), cît şi formarea calculilor.

Este cunoscut efectul grăsimilor, în general, şi mai ales al gălbenuşului de ou şi untului de cacao din compoziţia ciocolatei de a provoca contracţii puternice ale veziculei biliare. Acestea pot fi resimţite de către bolnav, în cazul unei vezicule cu pereţii inflamaţi, sub forma unor dureri vii situate în cadranul superior drept al abdomenului. De aceea, grăsimile vor fi reduse la maximum (50—60 g pe zi) şi nu mai mult de 1/2 gălbenuş de ou în preparate. Se va prefera uleiul crud şi în mai mică măsură untul, adăugate la preparate cu puţin înainte de servire. Grăsimea prăjită, cărnurile grase, untura, slănina şi mezelurile sînt interzise. Fac excepţie şunca fiartă şi degresată şi parizerul dietetic, eventual fiert înainte de consumare.

Salatele de crudităţi, asezonate cu ulei, salata de vinete bătută cu lapte şi cu mai puţin ulei, fără ceapă, legumele sote cu foarte puţin unt proaspăt sau fierte «á la grecque», adică într-un amestec de ulei şi apa, supele de zarzavat, fructele crude sau în compot sînt larg permise, deoarece combat constipaţia obişnuită la bolnavii de colecistită şi reduc colesterolul resorbit din tubul digestiv, «piatră de formare» a calculilor biliari. Sînt, de asemenea, permise carnea de pasăre, vacă, rasol sau grătar, peştele slab, brînzeturile cu conţinut mic de grăsime, pastele făinoase, mămăliga şi pîinea, de preferinţă intermediară. Sosul alb sau un sos din piure de legume preparat cu ulei crud agrementează mîncărurile din carne. Laptele degresat (fără caimac), ca atare, sau sub formă de iaurt este recomandabil, ca excitant slab al contracţiilor veziculare. Este într-adevăr de reţinut că o excludere prea drastică a alimentelor dotate cu acest efect nu este indicată, ştiut fiind că golirea ritmică a veziculei este indispensabilă combaterii infecţiilor biliare şi prevenirii formării calculilor.

Toate deserturile compuse din lapte şi făinoase (orez, griş, amidon în creme fără ou) sînt bine tolerate, ca şi gelatina de lapte sau de brînză de vaci. De asemenea, sînt indicaţi biscuiţii din albuş, bezelele (merenga), preparatele din zahăr şi fructe (gem, marmeladă, peltea). Aluaturile dospite se vor evita, fiind prea grase. Checul din făină, albuş şi fructe, este permis.

Desigur că, după o colică biliară, alimentaţia trebuie limitată pînă la dispariţia durerilor, apelîndu-se la ceaiuri calde, uşor îndulcite, supe de zarzavat strecurate, brînză de vaci, iaurt, pîine albă prăjită, mere coapte la cuptor.

Diareea acută se manifestă printr-o emisiune de scaune lichide şi frecvente, care rezultă dintr-o iritaţie microbiană sau toxică a pereţilor intestinali. Ea trebuie deosebită de **falsa diaree,** care este o consecinţă a constipaţiei. Diareea acută nu este totdeauna urmarea consumării de alimente infectate, ci poate apărea sub formă de episoade în cursul unei colite cronice.

Diareea cronică din sindromul de maldigestie-malabsorbţie, consecinţă a insuficienţei pancreatice externe sau care apare după operaţii mutilante ale tubului digestiv, rezultă din iritarea intestinului, prin resturi alimentare nedigerate. Acestea nu pot fi resorbite ca atare şi, ajungînd în zona florei intestinale, suferă o descompunere microbiană locală, cu apariţie de gaze şi produse mai mult sau mai puţin toxice, care stimulează peristaltica intestinală şi întreţin diareea. Se înţelege că, în funcţie de cauzele diareei, simptom al mai multor boli, dietetica va fi diferită. În general, însă, tratamentul dietetic al diareei impune o serie de măsuri asemănătoare.

În primul rînd trebuie compensată pierderea de lichide şi sare, care spoliază organismul şi poate avea consecinţe grave. Ceaiurile calde au proprietatea de a inhiba contracţiile intestinale. În caz de tranzit intestinal rapid, ele vor fi puţin îndulcite, pentru a le asigura resorbţia înainte de a ajunge în zona de fermentaţie microbiană din intestinul gros. Supele de zarzavat şi orez strecurate, cu adaos de sare, compensează pierderea de săruri.

Cum tranzitul intestinal rapid nu dă timp digestiei să desăvîrşească descompunerea alimentelor şi resorbţia substanţelor nutritive, pregătirea culinară trebuie să suplinească digestia defectuoasă. După 24 de ore de regim lichid, se adaugă orez sau griş (în supe), unt, brînză de vaci proaspătă sau caş nesărat, pîine albă prăjită, carne de pasăre, eventual tocată şi apoi fiartă sau peşte slab fiert, carne de vacă degresată şi fiartă, după ce a fost tocată (perişoare dietetice, preparate cu orez şi ou), spaghete bine fierte, cu brînză şi unt, gelatină de cacao puţin îndulcită. Alimentaţia se va fracţiona în 5—6 mese, de cantitate mică, urmate de un ceai rusesc, de mentă sau de muşeţel, cu excluderea lichidelor reci.

Clasica cură de mere nu-şi are în diareele cronice o utilitate deosebită. În următoarele 24 de ore, după o zi de lichide, în diareea acută ea poate face tranziţia spre o alimentaţie mai largă, cu condiţia să se respecte următoarea indicaţie: 5 porţii a cîte 200 g la 3 ore interval, rase pe răzătoarea de sticlă, cu excluderea oricărui alt aliment în cursul zilei respective.

Alimentele bogate în balast rămîn mult timp interzise: pîinea integrală, carnea bogată în ţesut de susţinere (cartilaje, aponevroze), legumele şi fructele, mai ales crude, cartofii, castraveţii, fasolea sau mazărea boabe, varza, alunele, nucile. De asemenea, alimentele cu o concentraţie mare de săruri sau zaharuri: murăturile, saramura, bomboanele, dulceaţa, marmelada, mierea, ciocolata, patiseria, cu excepţia biscuiţilor (pişcoturi de şampanie) şi a aşa-numitei «pain d'Espagne».

Constipația, devenită foarte frecventă, ca urmare a sedentarismului și a alimentației cu produse rafinate, sărace în reziduuri, se află la originea multor suferințe ca: hemoroizi, infecții biliare și urinare sau iritație intestinală prin coprostază. În acest caz, după cîteva zile fără scaun, bolnavul elimină un scaun uscat, fragmentat, urmat imediat de o emisie lichidă, bogată în mucus. Este o «falsă diaree».

Dietetica constipației, soluție superioară oricărui laxativ, nu dă totuși rezultate fără reeducarea reflexului de defecare. Bolnavul trebuie să ia obligatoriu un mic dejun dimineața, pentru a activa peristaltica intestinală prin așa-numitul «reflex gastrocolic». De asemenea, scaunul de dimineață este obligatoriu, chiar dacă evacuarea se lasă așteptată. Dacă, din lipsă de timp, această reeducare nu pare posibilă dimineața, ea va fi făcută după masa de prînz.

Alimentația bogată în reziduuri este unicul excitant fiziologic al kineticii tubului digestiv. Înlocuirea pîinii albe cu cea intermediară sau de secară este de multe ori suficientă, dacă, mai ales, la masa de seară se ia un iaurt cu zahăr. Același efect îl au prunele uscate sau o linguriță-două de miere luate dimineața pe stomacul gol, urmate de un pahar cu apă rece. În principiu, la fiecare din cele 3 mese principale trebuie consumat un fruct crud sau o salată. În cazuri rebele, aceasta poate fi asezonată cu 1 lingură de ulei de parafină adăugat la uleiul cu care s-a pregătit salata.

Colitele cronice constituie un grup de afecțiuni de cauze diverse, din care tulburările de tranzit intestinal sînt nelipsite. Dietetica diareelor nu se identifică cu cea a colitelor. Într-adevăr, o alimentație din care s-au exclus cu grijă alimentele bogate în reziduuri sau care favorizează peristaltica intestinală înlătură durerile și diareea, dar constipă. Staza de materii fecale în colon irită pereții intestinali inflamați și, în cele din urmă, se rezolvă cu un puseu de falsă diaree, care agravează starea bolnavului. În colite există nu atît alimente interzise, cît, mai ales, cantități nepotrivite sau forme de preparare inadecvată. Unele fructe și legume rămîn oricum greu tolerate; acestea au fost menționate și la dietetica diareei.

În colitele cronice, în care de multe ori un defect de digestie intestinală face ca să ajungă în intestinul gros resturi alimentare ce favorizează înmulțirea florei microbiene locale, s-a preconizat o alimentație zisă «omogenă». Ea constă din două mese compuse din: carne, pește, brînză, pîine albă, unt crud, paste făinoase și ouă, cu excluderea balastului vegetal, alcătuit din celuloza nedigestibilă din fructe și legume.

La ultima masă a zilei, în schimb, se permit soteul de legume (morcovi, dovlecei, fasole verde), piureul de spanac sau de conopidă, salata de roșii curățate de coajă, salata de andive opărite în prealabil, salata verde tăiată mărunt (frunzele din mijloc), salata de sfeclă coaptă la cuptor și tăiată șuvițe subțiri, fructe ca: mere coapte la cuptor, piersici sau pere crude, dar bine coapte și curățate de coajă.

Separarea celulozei de restul alimentelor și fragmentarea ei prin prelucrare culinară asigură intestinului balastul necesar evacuării unui scaun normal, fără să reducă digestibilitatea alimentelor consumate la primele două mese ale zilei. O bună masticație este indispensabilă toleranței digestive a acestor alimente.

imunitatea și CANCERUL

dr. George Simu

Institutul oncologic, Cluj-Napoca

Mult timp s-a considerat, așa după cum a arătat acum 100 de ani Louis Pasteur, că **imunitatea** este rezistența organismului împotriva infecției microbiene. Stimularea imunității prin vaccinare a fost și rămîne una din metodele eficace de combatere a bolilor infecțioase.

În ultimul timp s-a observat că imunitatea este responsabilă de respingerea țesuturilor și organelor provenite de la alt individ, așa-numitele grefe sau transplanturi, după cum tot ea ar juca un rol important în rezistența organismului împotriva tumorilor canceroase. În acest sens, marele savant contemporan Mac Farlane Burnet consideră imunitatea ca funcția capabilă să diferențieze structurile proprii ale organismului de cele străine, cum ar fi: microbii, paraziții sau celulele străine, pe care, de obicei, le elimină rapid, în scopul menținerii sănătății.

Reacția organismului împotriva celulelor canceroase se datorește faptului că ele au o structură diferită de cea a restului celulelor din organism.

Aceste diferențe structurale decurg tocmai din condițiile care produc apariția bolii. Cancerul apare în urma transformării celulelor normale în celule canceroase sub acțiunea unor factori din natură, numiți factori cancerigeni (radiații, substanțe chimice, virusuri). Celulele canceroase capătă proprietatea de a se înmulți rapid și anarhic, neținînd seamă de nevoile organismului din care provin, pe care îl invadează și îl distrug.

Existența imunității organismului împotriva cancerului ne este demonstrată de evoluția neobișnuită a unor bolnavi de cancer. Astfel, imunitatea ar fi responsabilă de supraviețuirea îndelungată a unor bolnavi la care, în cursul intervenției chirurgicale, cancerul nu s-a putut îndepărta în totalitate. De asemenea, există cazuri rare, dar reale, de vindecare a cancerului în urma unui tratament care în mod obișnuit produce numai ameliorări, și nu vindecări.

S-a constatat că cele mai multe cancere evoluează luni sau chiar ani de zile, fără să se extindă prea mult în organism și fără să altereze în mod vizibil sănătatea. În cazul cancerului uterin s-a putut observa existența unei astfel de perioade, lungă de pînă la 10 ani, după care cancerul începe să se exacerbeze și să se împrăștie în tot organismul. De multe ori, această fază urmează după întîmplări despre care se știe că slăbesc imunitatea organismului, cum ar fi: subalimentația, surmenajul, diferite boli infecțioase, intoxicații etc. Este incontestabil că la persoanele la care imunitatea organismului a fost scăzută prin metode medicale, în scopul acceptării unui transplant de organ (în special rinichi), frecvența cancerului este mai mare decît la restul indivizilor. De asemenea, se constată mai des tumori maligne, chiar din copilărie, la indivizii care încă de la naștere prezintă o imunitate redusă, așa-numiții bolnavi cu imunodeficiențe congenitale.

Din cele relatate se ajunge la concluzia că nu întîlnim cancerul decît în cazul cînd imunitatea organismului este scăzută. Într-adevăr, s-a constatat că factorii care produc cancer sînt capabili să deprime imunitatea. Acesta apare mult mai des după 50 de ani, deoarece după această vîrstă imunitatea organismului scade în mod considerabil, infecțiile microbiene fiind și ele mai dese și mai grave.

În ultimul timp s-a încercat și s-a reușit să se pună în evidență, în unele forme de cancer, diferențele structurale ale celulelor canceroase față de cele normale, care constituie așa-numitele **antigene tumorale.** De exemplu, în cancerele hepatice există o substanță, alfa-fetoproteina, care nu există în ficatul normal decît înainte de naștere. De asemenea, în cancerele tubului digestiv există un **antigen carcinoembrionar,** care, de asemenea, nu se găsește în țesuturile normale decît înainte de naștere. Punerea în evidență a acestor substanțe se utilizează astăzi pe scară din ce în ce mai largă în diagnosticul cancerului. Perfecționarea unor metode de depistare a unor mici cantități de astfel de antigene va constitui în viitorul apropiat o metodă de diagnostic precoce al cancerului.

În ultimii ani s-au studiat fenomenele care stau la baza rezistenței organismului împotriva cancerului, căutîndu-se totodată mijloacele de stimulare a acesteia. Rolul principal în distrugerea tumorii maligne revine însă unor grupe de globule albe, cum sînt macrofagele și, în special, limfocitele. De cele mai multe ori însă, limfocitele sînt depășite de numărul mare de celule tumorale sau sînt intoxicate de substanțele pe care acestea le produc, așa cum se întîmplă și în decursul infecțiilor microbiene grave. Alteori, diferențele structurale ale celulelor canceroase față de cele normale sînt foarte mici sau acestea sînt mascate de depunerea pe suprafața lor a unor anticorpi. În această situație este necesar să se găsească metodele care să stimuleze imunitatea organismului ajunsă în impas. Astfel, s-a apelat la mijloace care s-au bucurat de succes în combaterea bolilor infecțioase (vaccinuri sau seruri). Aplicarea acestor metode în combaterea cancerului constituie ceea ce se numește **imunoterapia tumorilor maligne,** problemă care preocupă astăzi pe cei mai perseverenți cercetători din lumea întreagă.

Imunoterapia cancerului constituie cea mai rațională metodă de prevenire și tratament, tinzînd să repare un defect în funcția organismului, prin stimularea capacității acestuia de a distruge celulele canceroase. Dar problema imunității antitumorale este deosebit de complexă, perfecționarea unor metode imunologice eficiente în acest domeniu fiind deosebit de dificilă.

Cu toate acestea s-au obținut rezultate remarcabile în prelungirea vieții și uneori chiar în vindecarea bolnavilor de cancer prin administrarea de vaccinuri (vaccin BCG, Polidin) sau a unor preparate medicamentoase (Levamisol), cunoscute prin acțiunea lor de stimulare a imunității. Rezultatele sînt satisfăcătoare, în special cînd imunoterapia vine să completeze acțiunea altor metode terapeutice. De exemplu, s-au remarcat supraviețuiri neobișnuit de lungi, care nasc speranța unor vindecări definitive, în cazuri de cancer mamar inoperabil, tratat prin radiații, în urma aplicării prelungite a tratamentului cu Levamisol, substanță care în ultimul timp s-a dovedit a fi un stimulator energic al reacției imune.

Actualmente se experimentează și metode care utilizează vaccinuri preparate chiar din tumoarea bolnavului respectiv și care, teoretic, ar trebui să aibă o eficacitate mai ridicată. De asemenea, se mai utilizează seruri provenite de la indivizi care s-au vindecat de forme asemănătoare de cancer; este cazul tumorilor melanice (cancere generate de petele pigmentare ale pielii).

Deosebit de interesante sînt și metodele care preconizează administrarea de limfocite de la rude apropiate, în scopul de a reface rezistența scăzută

a bolnavilor. Pornind de la observația că în organisme cu cancer se atrofiază timusul, care mai ales la indivizii tineri reprezintă sursa principală de limfocite, s-a încercat tratamentul unor boli maligne ale ganglionilor (limfomul Hodgkin) cu grefe de timus provenit de la făt. Se recomandă, de asemenea, metoda care să stimuleze acțiunea macrofagelor sau să îndepărteze din circulație factorii care maschează antigenele tumorale sau blochează și intoxică limfocitele.

O condiție importantă a metodelor imunoterapice o constituie aplicarea lor în forme cît mai incipiente de cancer, cunoscîndu-se că în stadii avansate utilizarea lor este lipsită de eficacitate.

În plină perioadă de experimentare, toate aceste metode care urmăresc vindecarea cancerului prin stimularea imunității permit, pe baza observațiilor făcute pînă acum, speranța obținerii în viitorul nu prea îndepărtat a unor rezultate esențiale în tratamentul acestei boli. Eforturile uriașe care se fac în lumea întreagă în această direcție sînt justificate de faptul că tratamentul imunologic este nu numai rațional, dar și lipsit de nocivitate.

POȘTA *Redacției*

MITRICĂ N.: Doriți să vă spunem ce e mai periculos între o ceașcă mare cu cafea pe zi și zece cești? E de preferat prima alternativă, cu condiția ca în ceașca mare să fie cafea cu lapte.

NER. VOS.: Dumneavoastră, care sînteți irascibil la culme încît vă sare țandăra din nimic, ați fost mușcat de cîinele vecinului. Ce aveți de făcut? Sfătuiți pe stăpînul patrupedului să-i facă imediat injecții antirabice. Altfel, nu garantăm. Pentru cîine!

FR. ICĂ: Oricît v-ați teme de injecții, nu puteți face o fiolă de B 12, în locul a 12 fiole de B 1.

BUNICA LUI GIGEL: Nepotelul doarme noaptea cu pisica în pat și doriți să aflați dacă dăunează sănătății copilului? Cu siguranță că nu, dacă este vorba de un animal din pluș sau material plastic. În cazul cînd însă este o pisică veritabilă, se ține afară, în curte. Pisica, nu copilul.

VÎNZĂTOR ALIMENTAR: Ați primit o amendă pentru nerespectarea regulilor de igienă. Neavînd cum să vă ajutăm, noi, spre deosebire de dumneavoastră ne spălăm pe mîini.

I.S. Tețu: Nu aveți deloc dreptate. Monolog înseamnă cu totul altceva decît bolnav de un picior.

SORĂ SANITARĂ: Un pacient din spital vă roagă să-i procurați vin. Îi puteți aduce, cu condiția să fie vin tonic.

PORTAR: Dacă într-adevăr suferiți de insomnie, primul lucru pe care îl puteți face este să treceți în tura de noapte. Pentru această boală nu se pensionează.

ÎNGRIJORAT: Căutați, cam de multișor, la farmaciile din orașul dumneavoastră, o pipetă, dar nu ați găsit. Probabil acolo, pipetele se aduc printre picături.

JENICĂ: Vi s-au aprins călcîiele după o fată? Nu încercați cu «Jecolan». Acesta este bun pentru alt fel de arsuri. Vă sfătuim, în schimb, să vă faceți analizele... pentru căsătorie.

O. CHIOSU: Pînă acum copilului dumneavoastră i s-au recomandat trei perechi de ochelari. Dar cu nici una nu a putut citi. O întrebare: copilul a început să meargă la școală?

N.M.: Aveți o tuse rebelă. Ce aveți de făcut? Un drum pînă la dispensar, nu la teatru. Mai bine să vă asculte medicul, decît spectatorii. Chiar dacă printre aceștia sînt și medici.

V.D. Popa

Cromozomii și cancerul

dr. C.D. Olinici

Institutul oncologic, Cluj-Napoca

În anul 1956, Tjio și Levan au surprins lumea științifică demonstrînd că în celulele umane există 46 de cromozomi și nu 48, după cum se credea de multă vreme. Din cei 46 de cromozomi existenți în celulele umane, 44 reprezintă cromozomii autozomali, care determină caracteristicile individuale generale (somatice), iar 2 alcătuiesc perechea de cromozomi sexuali, care intervin în determinarea sexului persoanelor. Cromozomii autozomali sînt grupați în perechi (un element din fiecare pereche provine de la mamă, iar celălalt de la tată). Femeile prezintă 2 cromozomi sexuali identici (X și X), în timp ce la bărbați, cromozomii sexuali sînt neasemănători, reprezentați de X și Y.

De multă vreme se știe că în celulele canceroase există modificări importante ale numărului și formei cromozomilor; de asemenea, încă din anul 1914, s-a presupus de către Boveri că aberațiile cromozomilor ar juca un rol important în procesul de transformare a celulelor normale în celule canceroase, maligne (carcinogenează). În anul 1962, s-a observat că bolnavii cu leucemie granulocitară cronică (o boală a sîngelui caracterizată prin înmulțirea anarhică a celulelor albe) prezintă, în celulele măduvei osoase, o modificare cromozomială constantă și caracteristică: un element al perechii 22 de cromozomi era mai scurt decît partenerul său normal. Evidențierea acestui cromozom — denumit Philadelphia, după numele orașului în care se făcuse descoperirea — a stimulat interesul cercetătorilor, care au început să studieze diferitele forme de leucemii și cancere umane și experimentale, în speranța descoperirii altor anomalii cromozomiale specifice. Dealtfel, evidențierea unor modificări specifice este greu de realizat, deoarece în celulele canceroase există un număr extrem de mare de anomalii cromozomiale, a căror origine nu poate fi stabilită cu ajutorul tehnicilor clasice de colorație, care colorează cromozomii în mod uniform, pe toată lungimea lor. Prezența acestor modificări complexe ar fi putut masca existența unui cromozom anormal specific.

Recent, au fost elaborate tehnici de mare finețe, care au revoluționat cunoștințele noastre asupra cromozomilor și care, în esență, constau în evidențierea unor striațiuni transversale (benzi) pe brațele cromozomilor. Cu ajutorul acestor tehnici se poate demonstra cu precizie care cromozomi sînt mai adesea implicați în procesul de cancerizare, precum și modul în care se formează cromozomii anormali. Aplicarea acestor tehnici a relevat date extrem de interesante. Astfel, s-a demonstrat că persoanele care prezintă anumite boli ereditare de natură cromozomială sînt mai predispuse să dezvolte cancere decît restul populației. Este cazul copiilor cu sindrom Langdon-Down (mongolism) și al bolnavilor cu sindrom Klinefelter, care prezintă un risc extrem de mare de a face leucemii. De asemenea, există un grup de boli (sindromul Bloom, anemia Fanconi, ataxia-telangiectazia) a căror trăsătură comună constă în faptul că un număr important de cromozomi din celulele bolnavilor prezintă în mod spontan rupturi. Toți acești bolnavi fac, în mod frecvent, diferite forme de leucemii și cancere. Datele prezentate demonstrează că existența unei «fragilități» cromozomiale înnăscute reprezintă un factor predispozant pentru apariția cancerelor, probabil datorită faptului că celulele acestor bolnavi sînt mai «sensibile» la acțiunea factorilor cancerigeni din mediul exterior (substanțe chimice, virusuri oncogene, radiații).

La fel de interesante sînt şi rezultatele obţinute prin analiza cromozomială a celulelor leucemice şi canceroase. S-a demonstrat că în unele forme de leucemii şi cancere sînt implicaţi unii cromozomi, în timp ce în altele, cromozomi diferiţi. Aşa, de exemplu, pentru leucemia granulocitară cronică este caracteristică scurtarea unui cromozom 22, care este redus la jumătate faţă de dimensiunea unui cromozom normal; în boala denumită limfom Burkitt sau limfom african se desprinde un fragment de pe unul din cromozomii 8, care se alipeşte pe unul din cromozomii 14; în tumorile nervoase denumite meningioame se observă adesea pierderea unui cromozom 22, în timp ce retinoblastoamele bilaterale, nişte tumori oculare ereditare, se asociază cu defecte ale unui cromozom 13.

Cercetările experimentale au adus însă date de mare importanţă referitoare la rolul pe care îl joacă modificările cromozomiale în procesul de cancerizare. Analiza cromozomială şi-a dovedit aplicabilitatea practică. Astfel, prin studiul cromozomilor din celulele sanguine se pot identifica aşa-numitele preleucemii, boli ale sîngelui, care deşi nu sînt maligne au un mare potenţial de a se transforma în leucemii. Prin evidenţierea într-o fază timpurie a acestei capacităţi evolutive, se poate aplica, în mod precoce, tratamentul cel mai adecvat. Cu ajutorul analizei cromozomiale se poate prevedea apariţia acutizării — caracteristică fazei finale a leucemiei granulocitare cronice. Astfel, în timp ce în faza de stare a leucemiei granulocitare cronice există o singură anomalie cromozomială, în etapa terminală a acestei boli apar modificări complexe, suplimentare. La Institutul oncologic Cluj-Napoca s-a dovedit, prin studii cromozomiale, că există două feluri de displazii (boli ale colului uterin): unele care prezintă un tablou cromozomial normal şi altele în care există anomalii ale cromozomilor. Ultimele cazuri necesită o supraveghere deosebită, avînd un risc mai mare de evoluţie spre malignizare. Este interesant faptul că deosebirea între aceste două feluri de leziuni poate fi făcută numai prin studiul cromozomilor, aspectul lor clinic şi microscopic fiind identic.

Toate aceste date, deşi prezentate extrem de sumar, demonstrează că cercetările cromozomiale au perspective mari în clarificarea mecanismelor prin care se cancerizează celulele normale. Ele sînt chemate, în acelaşi timp, să ajute la stabilirea unui diagnostic precoce, într-o etapă cînd tratamentul este eficace.

CANCERUL MAMAR
poate fi vindecat?

prof. dr. doc.
I. CHIRICUŢĂ
Institutul oncologic, Cluj-Napoca

O statistică efectuată în S.U.A. arată că sînii femeilor sînt organele care rămîn în mai mult de 30% din cazuri neexplorate în cadrul unui examen medical considerat «complet».

După o anumită vîrstă (peste 35 de ani), sînii ar trebui exploraţi cu atenţie în cadrul oricărui consult medical (indiferent de afecţiunea pentru care se face consultul), deoarece uneori ei pot fi sediul unor tumori şi distrofii, care prin simptomatologia lor pot masca apariţia şi evoluţia unui cancer mamar.

Organismul nu îmbătrîneşte tot deodată, ci în mod parcelar. Unele organe îmbătrînesc precoce (exemplu: timusul e deja «bătrîn» la 25 de ani), altele odată cu apariţia menopauzei: ovarul şi sînul sînt printre acestea. Spre menopauză (şi procesul continuă şi după), glanda mamară începe să se sclerozeze şi să se atrofieze. Apar boli cunoscute sub numele de distrofii mamare, dintre care cea mai frecventă este mastoza chistică. Este de fapt o degenerare chistică a acinilor glandulari, care la palparea digitală se simt ca

niște alice de plumb diseminate în toată glanda. Uneori acești acini chistici conglomerează între ei, dînd forma de **mastoză chistică cu placarde tumorale.**

Alte tumori benigne ale sînului sînt: fibroadenomul mamar, chistul mamar solitar sau multiplu, adenomul intracanalicular, lipogranulomul (citosteatonecroza) mamar, galactocelul etc.

Deoarece spre menopauză cancerul mamar constituie un mare pericol, este absolut necesar să se efectueze un diagnostic diferențial.

Adesea medicul este pus în fața unei dileme care trebuie cît mai urgent elucidată: este vorba de o tumoare benignă sau de una canceroasă?

În această situație temporizările sînt extrem de periculoase, deoarece sub «masca» unei distrofii mamare (mastoza chistică în placarde) se poate ascunde un cancer mamar. Cea mai mare greșeală este să se interpreteze existența unei tumori mamare ca o consecință a unor modificări hormonale apărute în preajma menopauzei sau în afara acestei perioade și să se ignoreze prezența tumorii, în speranța că aceasta se va resorbi odată cu potolirea «furtunii hormonale», caracteristică manopauzei.

De multe ori, pentru medicul specialist este dificil de a preciza natura (benignă sau malignă) a tumorii, bazîndu-se numai pe examenul clinic. De aceea, el trebuie să recurgă la examene paraclinice, absolut indispensabile. Dintre acestea, cel mai important este **mamografia,** care constă din radiografierea sînului cu raze roentgen moi (kilovoltajul aparatului mult coborît). Mamografia evidențiază prezența tumorilor cu un diametru mai mare de 1 cm; de asemenea, există semne caracteristice care permit diferențierea unei tumori benigne de una malignă. Pe baza unei mamografii bine executate, un diagnostic corect poate fi pus în aproximativ 90% din cazuri. De aceea, se recomandă ca orice examen clinic al glandei mamare să fie însoțit obligatoriu de mamografie.

Un alt examen util pentru precizarea diagnosticului îl constituie **termografia glandei mamare.** Aparatul de termoviziune captează radiațiile infraroșii excedentare emise de tumoarea malignă și le proiectează pe un ecran de televiziune; se obține astfel o «hartă calorică» a sînilor, în care «zonele fierbinți» sînt suspecte de malignitate. Cu ajutorul aparatului de termoviziune am întreprins primii în lume (1968), depistarea precoce a cancerului mamar.

Un alt examen paraclinic este și **puncția biopsică** a tumorii. Celulele extrase prin puncție (cu ajutorul unei seringi care aspiră) sînt întinse pe o lamă de sticlă, colorate și apoi examinate la microscop. Celulele suspecte de malignitate au stigmate speciale. Puncția prezintă marele avantaj că, în cazul în care tumoarea este chistică, lichidul poate fi extras și analizat, tratamentul încheindu-se uneori cu puncția respectivă (secarea chistului).

Menționăm faptul că din asocierea datelor obținute prin examenul clinic, mamografic, termografic și puncția biopsică, diagnosticul poate fi precizat în peste 95% din cazuri. Dacă există îndoială, mai ales la femeile trecute de 35 de ani, nu trebuie să ezităm de a practica biopsia extemporanee (prin secționarea tumorii înghețate cu bioxid de carbon), unde rezultatul se poate obține în 15—25 de minute (examen microscopic); în caz de malignitate, se efectuează operația.

Înainte de a încheia expunerea acestor date succinte referitoare la cancerul mamar, este util ca cititoarele «Almanahului sănătății» să cunoască următoarele:

—Cancerul de sîn este perfect vindecabil în peste 90% din cazuri, dacă tumoarea este surprinsă la începutul ei, înainte de a disemina celulele maligne în organism.

—Dificultatea cea mai mare pentru medicul specialist este de a hotărî care din cele 5 metode terapeutice (chirurgia, radioterapia, hormonoterapia, chimioterapia și imunoterapia) este mai indicată pentru începerea tratamentului, deoarece pentru fiecare din aceste tratamente există un moment optim terapeutic. De multe ori aceste tratamente se folosesc asociat.

—Operațiile mutilante se practică rar în prezent, existînd tehnici operatorii noi, care conservă musculatura pieptului sau chiar forma sînului (rezecțiile sectorale). Chirurgul este singurul în măsură să hotărască tipul operației și nu trebuie să se lase influențat de insistențele bolnavelor de a păstra sînul atunci cînd situația cere extirparea lui.

— Pentru femeile care au depășit vîrsta de 35 de ani devine obligatoriu ca o dată pe lună să-și examineze singure sînii, prin palpare atentă, după o tehnică bine precizată, pe care trebuie să o învețe de la medic; orice tumefacție mamară impune neîntîrziat control medical specializat.

Epi GRAME

SFATUL MEDICULUI

— Dușman ți-i vinul, nu mai bea!
Sau doar un păhărel la masă...
— Dar spune-mi, doctore, ce-ai vrea,
Să las să stea dușmanu-n casă?

ION VLADIMIR

TRATAMENT EFICACE

— Durerea din piciorul drept,
Ți-a mai trecut? Răspunde! Aștept!
— Da, mi-a trecut, nu mă mai plîng,
Din ăla drept, în ăla stîng!

UNUI OBEZ

Un medic i-a prescris mișcare,
Și el s-a conformat, se pare,
Că de atunci, bătu-l-ar vina,
Merge întruna cu mașina.

ABUZURILE DE MEDICAMENTE

Că suferă de alergie
Și stă de mult bolnav la pat
Era de-acum justificat:
Băgase-n el o farmacie.

SFATUL MEDICULUI

— Pe voință fii stăpîn,
De mai bei n-ajungi bătrîn.
— Asta urmăresc și eu,
Tînăr să rămîn mereu.

mică antologie epigramatică

THEODOR M. STOENESCU

(1860—1918)

Unui spițer

Dragul meu, mereu te lauzi,
Cum că ești sublim băiat!
Cred și eu, în spițerie,
Umbli des cu **subli... mat**.

RADU D. ROSETTI

(1874—1964)

Unor oculiști care se ceartă pentru o catedră la universitate

Pînă acum orbeau clienții,
Acum, din oculiști vreo trei
Au început, inteligenții,
Să-și scoată ochii între ei!

Unui dentist

Cînd colegu-și terfelește,
Parcă și-a ieșit din minte,
Ce-și zic doctorii? Firește,
C-are-n contra lui un dinte.

CRISTEA N. DUMITRESCU (Cridim)

(1878—1956)

Unui doctor oculist

Că ești bun oculist confirm,
Maestru-n procedeuri noi.
Eram de ochiul stîng infirm,
Și-acuma sînt... de amîndoi.

AL. O. TEODOREANU (Păstorel)

(1894—1964)

Unui doctor care mi-a indicat să-mi fac injecții cu hormoni

Nu-mi fac injecții cu hormoni,
Nu fiindcă asta mă dezgustă,
Dar am venit cu pantaloni
Și n-aș dori să plec cu... fustă.

FLORIN IORDĂCHESCU

(1899—1976)

Chirurgului Max Popovici

Cînd zîmbitor și suplu-apari în zare,
Cu haina albă și tichia care
Îți lasă liber părul argintiu,
Faci victime și fără bisturiu.

Alcătuită de GABRIEL TEODORESCU

O REALIZARE A MEDICINII MODERNE

TRANSPLANTUL RENAL

Au trecut 75 de ani de cînd reputatul și temerarul chirurg Alexis Carell a încercat primul transplant de rinichi la om. Operația era justificată: tînărul bolnav suferea de o insuficiență renală progresivă și rezistentă la toate tratamentele medicale. Dealtfel se postulase mai de mult, ca ipoteză de lucru, necesitatea unui transplant. Operația însă s-a soldat cu un eșec total; transplantul (adică rinichiul sănătos care trebuia să înlocuiască unul din rinichii bolnavi) a fost respins imediat, iar pacientul a murit. Cauza care a produs «rejetul» (respingerea) a fost atunci necunoscută. Era epoca cînd Landsteiner, un hematolog vienez, a descoperit sistemul ABO, cu cele patru grupe sanguine, diferențiate după caracterele antigenice ale globulelor roșii. Acest sistem formează baza transfuziei de sînge, atît de răspîndite, care a salvat multe vieți. Grupa sanguină se găsește astăzi în buletinul de identitate al tuturor locuitorilor din țara noastră.

Transfuzia de sînge constituie forma cea mai simplă a unui transplant (sîngele este dealtfel un organ fluid). Pentru reușita unui transplant de rinichi, ca și a unui alt transplant, cum este cel de inimă, ficat etc. se impune cunoașterea unei discipline mai noi (ignorată pe timpul lui Carell) și anume imunologia, care se ocupă cu fenomenele determinate de pătrunderea unui corp străin în organism. Orice țesut sau organ, provenit de la o altă ființă, introdus în corpul unui om sau animal, este recunoscut ca străin și trebuie respins. Organismul uman sau animal are la dispoziție o «armată» de celule specializate (fagocite), de anticorpi și limfocite, care — ca niște «grăniceri» vigilenți — se deplasează la locul de invazie și încep lupta de distrugere a inamicului, ceea ce se traduce practic prin eliminarea transplantului.

Cauza principală a intoleranței unui corp străin este nepotrivirea dintre celulele donatorului (adică ale omului sau animalului de la care provine implantul) și celulele primitorului; ele nu pot conviețui, adică sînt incompatibile. O compatibilitate sau toleranță absolută este extrem de rară și necesită niște condiții deosebite, donatorul și primitorul fiind nu numai frați gemeni, dar, în tot cursul vieții intrauterine, ca embrioni sau fețI, să fi fost în același ou (sac amniotic). Numai în acest caz — care se întîlnește foarte rar — există o identitate totală de antigene la ambii frați; din punct de vedere imunologic ei sînt identici, unul fiind copia exactă a celuilalt, duplicatul lui. Numai în acest caz, transplantul se poate executa fără teamă. Cu cît primitorul și donatorul sînt rude mai îndepărtate sau chiar gemeni proveniți din două ouă, este nevoie de măsuri speciale pentru tolerarea unui grefon. Sistemul imunologic, care se cere a fi identic la donator (adică la grefon) și la primitor, este determinat de grupul ABO, de sistemul Rh (obișnuit la maimuța Rhesus, iar la om apare numai în caz de accident transfuzional) și de sistemul HL-A (descoperit de aproape 20 de ani, conținînd numeroși anticorpi: antimembrană, antileucocitari, antitisulari, poate și alți factori necunoscuți încă). Din cele relatate rezultă că există un grad de risc crescut, securitatea nefiind absolută.

S-au efectuat în toată lumea aproximativ 30 000 de transplanturi renale, din care 10 000 s-au soldat cu rezultate îmbucurătoare. Statistica nu pare, la prima vedere, prea încurajatoare. Trebuie însă ținut seama de: gravitatea bolii renale, de faptul că nu toți bolnavii s-au operat la timp, că sîngele nu a fost bine epurat, echilibrul hidroelectrolitic nu a fost restabilit, că bolnavul avea complicații cardiace latente sau tensionale și, mai ales, de faptul că cei 10 000 de bolnavi au fost «smulși din ghearele morții».

Numărul transplanturilor de cord nu a depășit cîteva sute (deci aproape a suta parte din cele de rinichi), vindecarea nu este totală și de durată, nu îngăduie o viață normală; operația este însă de prestigiu, de tehnică ultrafină și constituie o mare realizare a chirurgiei moderne. Transplantul hepatic este greu de realizat, grevat de o mortalitate foarte mare, ceea ce explică numărul mic al acestor operații. Cum se explică atunci această preferință pentru implantul renal?

Rinichiul deține un rol important în funcționarea celulelor și a întregului organism, și anume acela de a menține mediul intern — oceanul de unde miliarde de celule extrag hrana și care condiționează buna funcționare a lor — în condiții constante de concentrație, puritate și temperatură. Natura a fost generoasă și a acordat doi rinichi pentru îndeplinirea acestor obiective. Se poate însă trăi și cu unul singur, pînă la adînci bătrînețI, cum dealtfel se poate constata în cazul unor anumite malformații conge-

nitale (unul din rinichi este atrofic și nefuncțional sau alte situații asemănătoare) sau cîștigate (extirpare din cauza unei supurații, tuberculoze, neoplazii unilaterale). Bolile ambilor rinichi, cum ar fi glomerulonefrita, nefrita interstițială etc., pot ajunge la uremie, ultima fază a insuficienței renale, care corespunde cu o reducere substanțială a nefronilor (filtrul renal). În această situație numai grefarea unui rinichi sănătos poate aduce vindecarea definitivă. Operația de transplant necesită însă o bună rezistență a organismului, care se obține numai după ce s-au eliminat din sînge și umori substanțele toxice reținionate, pe care rinichii bolnavi nu le puteau elimina. În acest caz, se recurge la o metodă foarte ingenioasă, numită epurarea extrarenală, care constă în trecerea sîngelui printr-o membrană de colodiu cu orificii de 2,4 microni sau, eventual, prin peritoneul bolnavului, care este tot o membrană filtrantă și care înlocuiește filtrul renal. De asemenea, pentru efectuarea operației de transplant, se mai are în vedere următoarele:

— restabilirea echilibrului hidroelectrolitic, factor important pentru rezistența bolnavului la o operație grea și de durată;

— rinichiul transplantat să provină de la un donator sănătos sau de la un cadavru care nu a avut o agonie prelungită sau a suferit transfuzii repetate de sînge, sursa unor anticorpi multipli cu rol în fenomenul de respingere; de asemenea, rinichiul trebuie conservat în mod special pînă în momentul transplantării.

Evitarea eliminării transplantului constituie o preocupare crucială. Ea este în funcție de toleranța primitorului față de rinichiul străin și de sîngele acestuia, care nu trebuie să conțină mulți antigeni și anticorpi sau, poate, și alți factori încă insuficient cunoscuți. Teoretic, radioterapia generală scade capacitatea de formare a anticorpilor; același rezultat se poate obține și cu unele medicamente citostatice ca: **Imuranul** asociat cu **Prednisonul.** O altă măsură preventivă este scăderea numărului de limfocite mici, produse sau dependente de timus, considerate și ele dăunătoare. Acest lucru se realizează cu injecții de ser antilimfocitar (serul unui animal căruia i s-a injectat lichid limfatic, obținut prin puncția canalului toracic).

Transplantul renal reușit poate reda societății pe unii bolnavi «incurabili». Desigur, cunoștințele noastre privitoare la fiziopatologia fenomenului de respingere a transplantului și tehnica epurării se vor perfecționa în viitorul apropiat, obținîndu-se rezultate tot mai bune. În prezent, în toată lumea se fac cercetări și se experimentează în vederea rezolvării problemelor neelucidate încă. Există numeroase centre medicale care se ocupă exclusiv cu transplantul de organe, în general, și cu cel renal, în special, și unde se predau cursuri teoretice și practice tinerilor medici care se specializează în aceste probleme, precum și în tehnica operatorie modernă.

GARUS

urticaria

boală dermatologică ?

Pielea este capabilă să reacționeze la o gamă foarte variată de cauze, într-o manieră foarte restrînsă. În ciuda acestui fapt, dermatologii sînt în stare să denumească peste 3 000 de boli de piele diferite. Între acestea se numără și leziunile alergice.

Cea mai frecventă dintre toate bolile alergice sau cu manifestări alergice este urticaria. Ea se caracterizează printr-o erupție mai mult sau mai puțin intensă, uneori generalizată, pruriginoasă, fugace, formată din plăci reliefate, albe sau roșietice, asemănătoare cu leziunile produse de contactul cu frunzele de urzică.

Uneori apare brusc, însoțită de ușoară febră, tulburări gastrointestinale (grețuri, constipație, diaree etc.) și trece spontan sau, în urma unui tratament, în cîteva zile; aceasta este urticaria

ra 1771

acută. Alteori, continuă cîteva luni, cu mici pauze de ore sau zile; în acest caz, urticaria a devenit cronică. De obicei apare la anumite ore din zi (mai ales după masa) sau se repetă la eforturi fizice, la suprasolicitări psihice, emoții, supărări.

Nu demult s-a crezut că urticaria traduce o reacție alergică, predominant vasculară, a unor indivizi sensibilizați față de alergeni macromoleculari. Cercetările intense care s-au făcut în ultimul timp atît în domeniul alergiei, cît și în cel al urticariei, au modificat radical această concepție. Nu întotdeauna apariția erupției urticariene înseamnă o reacție alergică. Am putea afirma chiar că un procent destul de mic de urticarii sînt de natură alergică.

Dar pentru a înțelege acest fenomen care se numește urticarie, este necesar să știm ce este și cum se produce reacția alergică?

Prin alergie se înțelege o reactivitate schimbată a organismului, o reacție exagerată a unui organism sensibilizat față de o anumită substanță, atunci cînd vine în contact repetat cu ea. Aceste substanțe se numesc alergeni. Ele nu sînt neapărat toxice, iar la individul normal nu produc nici o reacție. Alergenii cunosc o mare diversitate: alimente, fulgi, peri de animale, polenul florilor, praful, veninul unor insecte, medicamente etc. Organismul alergic cînd vine în contact cu acești alergeni fabrică niște substanțe numite anticorpi. Acestea sînt strict specifice față de alergenul care le-a dat naștere. Cînd contactul cu același antigen se repetă, anticorpii deja formați se cuplează cu alergenul. Ca rezultat al acestei cuplări bruște se eliberează în mod masiv și într-un timp scurt niște substanțe denumite mediatori. Dintre acestea, cea mai importantă este histamina.

Reacțiile alergice care urmează cuplării alergenului cu anticorpii specifici se datoresc, de fapt, cantității mari de histamină eliberată. Ele constau în urticarie, dureri de cap, tulburări de tranzit, crize de astm etc.

Conchidem deci că urticaria este în ultimă instanță efectul descărcării de histamină (și a altor mediatori). Fără îndoială că histamina se eliberează în organism în urma reacției alergice (a-lergen-anticorp), dar se mai poate elibera și datorită unei multitudini de cauze nealergice. Astfel, în cazul urticariei nu este vorba de o alergie, ci mai degrabă de o eliberare de histamină, produsă la un moment dat de substanțele nedigerate din compoziția unui aliment. În afara acestor cazuri, sînt bolnavi care fac urticarii la emoții, la eforturi sau la simpla presiune a pielii. Este evident că la toți acești bolnavi mecanismul de eliberare a histaminei nu este alergic (nu se face prin unirea vreunui alergen cu anticorpi, deoarece nici nu există anticorpi specifici).

Așadar, este clar că urticaria nu înseamnă obligatoriu alergie. Urticaria este un mod de a reacționa al pielii atît la cauze alergice, cît și la cauze nealergice. Pielea este de fapt locul unde de foarte multe ori «răbufnesc» la exterior tulburări care se consumă departe, în interiorul organismului. Și urticaria este o astfel de «răbufnire», indiferent dacă este de natură alergică sau nu. Studiile efectuate au arătat că un procent destul de redus din numărul considerabil de cazuri de urticarie îl ocupă cele alergice.

Dar nu numai urticaria alergică se datorește unor cauze din cele mai diferite, ci și urticaria nealergică este determinată de un număr chiar mai însemnat de cauze. Astfel, unele alimente bogate în histamină sînt capabile să producă urticarie (pești, crustacee, căpșuni, fragi, carne conservată etc.). Alteori, urticaria apare ca urmare a ingerării unor alimente greu de digerat, după care se consumă alcool (care permeabilizează mucoasa intestinală și lasă să treacă o parte din alimente incomplet digerate).

Urticaria mai poate să apară la suferinzii de colită sau de litiază biliară, după anumite alimente. O dată tratate aceste boli digestive, urticaria se vindecă.

Paraziții intestinali produc iritanți toxici, ce se resorb la nivelul mucoasei digestive, putînd provoca urticarie.

La femei se observă adesea apariția urticariei, datorită unor tulburări hormonale (hiper - sau hipotiroidie, menopauză etc.). Agenți fizici ca: frigul, căldura și lumina solară pot produce, de asemenea, urticarie.

Sînt citate cazuri de urticarie care au apărut la începutul unor boli de sînge sau au fost produse sub influența unor stări nervoase și psihice ca: surmenajul, nevroza etc.

Din multitudinea cauzelor generatoare de urticarie nu putem să excludem unele boli cronice ca diabetul și tuberculoza, care se pot însoți, de asemenea, de urticarie.

Și lista cauzelor care pot provoca erupții urticariene se poate încă prelungi. Este important de reținut că o dată aceste cauze înlăturate, urticaria dispare de la sine.

Se știe că astăzi, condițiile de viață existente într-o societate în continuu progres favorizează nenumărate situații care pot provoca urticarii. Așa se explică de ce această boală este întîlnită mai degrabă la populația țărilor civilizate și în special la populația urbană. Constituind una din bolile care ridică probleme de diagnostic și tratament, se recomandă bolnavului să se prezinte la medic încă de la primele semne, în vederea efectuării unei investigații atente și complete, instituindu-se astfel tratamentul cel mai adecvat.

dr. Valentin Filip

falsele reumatisme

conf. dr. Remus Nestor

Centrul metodologic de reumatologie

Noțiunea de «reumatism» care, inițial, avea semnificația unei boli articulare inflamatoare sau degenetative, fără prezența germenilor în articulație, a căpătat astăzi o semnificație mai largă, înglobînd și unele manifestări ale țesuturilor moi (reumatisme abarticulare). Dar, poate, cea mai interesantă intricare o constituie unele boli foarte variate, care se manifestă și printr-un sindrom articular, putînd fi etichetate cu ușurință drept reumatism. Și credem că nu exagerăm dacă afirmăm că aproape 1/3 din așa-zișii «reumatici» suferă, în realitate, de alte boli, perfect asemănătoare cu reumatismul. Începînd cu tumorile canceroase și terminînd cu tulburările psihice, există o multitudine de boli, care pot evolua la un moment dat cu manifestări articulare. În unele afecțiuni, sindromul articular deschide chiar scena suferinței, umbrind pentru un timp boala de fond.

Astfel, rahialgia (durerea pe coloana vertebrală) este un simptom foarte des întîlnit în practica medicală, și cel mai adesea se întîlnește în reumatismul degenerativ al coloanei (spondiloze). În acest caz, durerea este difuză, evidențiindu-se pe diferite segmente ale coloanei vertebrale, cu intensități sezoniere și se însoțește totdeauna de renumitele «ciocuri de papagal», evidențiate radiografic. Uneori însă, durerea este localizată într-un punct fix, ce poate fi arătat cu vîrful indexului, se accentuează în mod evident în săptămîni sau luni, și poate fi însoțită de tulburări de sensibilitate dureroasă în segmentul aferent nervului bolnav, uneori cu pareze musculare. Aceste simptoame și semne necesită o explorare radiologică atentă, pentru decelarea unei eventuale metastaze osoase. Cauza o constituie cel mai frecvent cancerul pulmonar, mamar, prostatic, ovarian și, mai rar, cel digestiv, tiroidian, renal.

O altă afecțiune, care poate să debuteze cu rahialgii de cauză neprecizată, este mielomul multiplu sau boala Kahler. Ea se face simțită într-un context general de boală gravă, cu astenie, adinamie, transpirații profuze și dureri osoase cu localizări la craniu sau bazin. De asemenea, rahialgii difuze, asociate cu încurbarea anterioară a coloanei dorsale, uneori cu încurbări și distorsionări ale coloanei dorso-lombare, în toate planurile, apar în **osteoporozele vertebrale.** Acestea sînt cauzate uneori de dezechilibre hormonale de menopauză sau andropauză, de unele boli renale cu pierderi de calciu prin urină (persoane care urinează regulat peste 1 500—2 000 ml/24 de ore), care nu au fost investigate și tratate la timp, sau de tratamente cortizonice prelungite.

Alunecările vertebrale **(spondilolistezis)** pot genera dureri rahidiene violente, uneori cu pareza membrelor inferioare. Cauzele care pot genera alunecări vertebrale sînt multiple: traumatisme, metastaze în pedicului vertebral, obezitate, laminectomia bilaterală pentru hernia de disc etc.

Aceste boli ale coloanei vertebrale pot evolua ca o lombosciatică, pe care sîntem înclinați să o considerăm benignă, obișnuită. Simptomatologia lor similară cu sciatica obișnuită poate să ascundă o tumoretă (benignă sau malignă) a măduvei spinării, care exercită o compresie a unei ramuri nervoase din sciatic, cu dureri pe acest traiect. Lombosciatica apărută în aceste condiții se numește «sciatica secundară», ea nefiind de natură reumatică. Diferența dintre sciatica secundară și cea vertebrală, provocată de hernierea nucleului pulpos din discul intervertebral, este capitală, deoarece agentul cauzal, mecanismul de producere și tratamentul, sînt complet diferite.

În cazuri mai rare, durerile vertebrale nu se datoresc eventualităților menționate, ci au la bază fie o anumită conformație psihică (reumatism psihogen sau camptocormic), fie tulburări de circulație arteriovenoase ale măduvei spinării sau numai ale membrelor inferioare, sau celulite subcutanate ale fesei, coapsei, membrului inferior.

Dar o articulație tumefiată poate fi cauzată de o serie de factori diferiți de reumatism, cum ar fi: bolile de sînge, bolile de sistem, bolile infectocontagioase, boala canceroasă, bolile metabolice, efectele nedorite ale unor medicamente sau tehnici terapeutice.

Colagenozele majore (lupusul eritematos diseminat, sclerodermia, dermatomiozita) sînt afecțiuni ce pot avea în simptomatologia de debut un sindrom inflamator articular. Dar în afara lupusului, și alte colagenoze majore ca: polimiozita și poliartrita nodoasă pot debuta cu inflamații articulare.

Inflamațiile articulare (artritele) mai pot fi cauzate și de unele infecții, cum ar fi: **infecția gonococică** (blenoragia) sau **luetică** (sifilisul), **tuberculoza** sau unele virusuri.

De multe ori, cancerul pulmonar, mamar sau ovarian, la un moment dat al evoluției, se poate însoți și de o inflamație poliarticulară ușor de confundat cu poliartrita reumatoidă. Ea poate evolua cu febră, dar de obicei nu duce la anchiloze, ci dispare în 6—24 de luni, lăsînd în evoluție boala de fond. Alte manifestări care însoțesc cancerul și care pretează la confuzii cu bolile reumatismale pot fi: osteoartropatia pneumică, în care degetele sînt deformate, cu unghii lățite și convexe, dermatomiozitele, unele algoneurodistrofii. Sînt și situații în care metastazele osoase constituite sînt luate drept reumatism și tratate ca atare, pierzîndu-se momentul util al intervenției.

Există, așadar, o sumedenie de manifestări articulare atipice, care sînt foarte greu de diferențiat de reumatism. Așa, de exemplu, creșterea acidului uric în sînge, precum și ameliorarea spectaculară la tratamentul cu Colchicină precizează diagnosticul de **gută (boală de nutriție),** eliminînd posibilitatea unui reumatism. De asemenea, **condrocalcinoza** (incrustații calcare în cartilajul și membrana sinovială a articulațiilor mari) poate preta la confuzie cu artrozele activate. În acest caz, lichidul articular bogat în pirofosfat de calciu neagă existența reumatismului.

Nu sînt lipsite de importanță nici **bolile endocrine;** ele pot genera manifestări patologice ale aparatului locomotor. În mod deosebit, hiperparatiroidia poate da naștere unei osteoporoze, uneori, chistică, cu fracturi spontane, iar hipotiroidia, în perioada de creștere, poate duce la deformări osoase, ceea ce constituie una din cauzele reumatismelor de tip degenerativ.

Și unele **boli renale cronice,** cu pierdere de calciu prin urină, nediagnosticate la timp, pot duce la osteoporoze foarte grave, complicate cu fracturi spontane.

Mai pot fi confundate cu reumatismul și leziunile articulare sau osoase, generate de **bolile de sînge.** În această categorie se includ: hemofilia (artropatia hemofilică), boala Hodgkin (formele osoase de Hodgkin), mielomul multiplu (boala Kahler), manifestîndu-se prin dureri vertebrale, craniene și de bazin.

O categorie, din păcate destul de largă, o constituie manifestările de tip reumatismal, generate de medicamente sau tehnici terapeutice. Pe primul loc se situează tratamentul cortizonic prelungit, care, după perioade de timp variate, poate duce la: corticodependență, osteoporoză, uneori cu fracturi spontane, miopatii postcortizonice; după infiltrația locală, pot apărea artrite pasagere neinfecțioase sau algoneurodistrofii secundare (după mai multe săptămîni de la infiltrație). Demn de menționat este și reumatismul gardenalic, rezultat în urma tratamentului îndelungat cu barbiturice (exemplu: luminal), reumatismul hidralazinic, urmare a unui tratament îndelungat cu Hipopresol sau Hipazin și pseudoreumatismul prin chimioterapia antituberculoasă.

După cum reiese, în general se etichetează cu prea mare ușurință drept reumatism toate bolile însoțite de dureri ale coloanei vertebrale, ale articulațiilor sau ale musculaturii. Așa cum s-a putut constata, falsele reumatisme nu sînt altceva decît un simptom prezent în cursul altor boli, iar lista lor nu a fost pe deplin epuizată. Există însă tendința, la unii bolnavi, de a nu consulta medicul, declarîndu-se reumatici și, ca atare, boala constituie un tribut plătit înaintării în vîrstă; alții, dimpotrivă, la cea mai simplă durere sînt măcinați de gîndul că sînt purtători ai unor boli cu prognostic sumbru. Ambele atitudini sînt greșite. Numai medicul reumatolog, printr-un examen atent, este în măsură să diferențieze o boală reumatismală de falsele reumatisme.

repausul și mișcarea în bolile reumatice

Repaus sau mișcare, mobilizare sau activitate? Aceasta este întrebarea pe care și-o pun, în mod firesc, bolnavii reumatici. De aceea, este necesar să precizăm de la început că regimul de repaus și mișcare este variabil, fiind în funcție nu numai de boala reumatismală, ci și de stadiul bolii (acut, subacut sau cronic), ca și de coexistența altor boli la aceeași persoană. Decurge de aici faptul că regimul de repaus și mișcare nu poate fi ales de bolnav, la întîmplare, sau sugerat de posibilitatea de a efectua anumite exerciții sau de a îndeplini anumite activități, ci trebuie urmat conform sfaturilor medicului specialist.

Astfel, bolnavii cu discopatie lombară, remarcînd dificultatea de flexie a coloanei lombare (flexia înainte a trunchiului), se străduiesc, imediat ce durerea le permite, să facă numeroase exerciții de flexie a trunchiului, ceea ce este, fără îndoială, contraindicat.

În cazul bolnavilor care prezintă o artroză a șoldului (coxartroză), dar concomitent au o suferință a inimii sau o obezitate, pentru care li s-au recomandat plimbări lungi, este bine să se știe că mersul (mai ales fără sprijin) poate deteriora articulația. Aceasta se întîmplă în special cînd bolnavii, folosind concomitent medicamente antireumatismale și beneficiind de efectul lor analgezic, au falsa impresie că pot să solicite articulația mai mult.

La fel de greșit procedează și bolnavii care prezintă tulburări statice ale picioarelor (picior plat, picior scobit), insistînd să facă marșuri (recomandate pentru alte afecțiuni), fără o corectare prealabilă a deficitului picioarelor.

Frecvența mare a durerii lombare (lombalgia) și a sciaticii prin discopatie lombară ne determină să insistăm asupra faptului că, în faza acută, dureroasă, repausul la pat în poziția cea mai convenabilă pentru bolnav este de foarte mare importanță, constituind, dealtfel, prima măsură terapeutică. Este greșit însă a supune la același regim un bolnav la care durerea coloanei vertebrale se datorește unei spondilartrite anchilozante. În acest caz, în ciuda eventualelor dureri vertebrale, repausul trebuie efectuat cu coloana în rectitudine, fără pernă sub cap (sau numai cu una foarte mică) și deci nu în poziția convenabilă (calmantă a durerilor), pe care bolnavul este tentat s-o adopte. Mai mult decît atît, gimnastica de mobilizare a coloanei vertebrale este esențială în această suferință, pentru a menține suplețea coloanei și, de aceea, trebuie efectuată chiar dacă este nevoie de a recurge la medicamente calmante pentru a reduce durerile.

Extrem de dificilă este aplicarea regimului de mișcare și repaus în poliartrita reumatoidă, deoarece afectează numeroase articulații concomitent, boala evoluînd cu puseuri inflamatoare acute și cu remisiuni.

Adoptînd o atitudine de repaus, se poate ajunge la poziții nefuncționale (adică poziții care fac ca articulațiile să nu mai poată fi folosite pentru gesturi curente: mers, prehensiune); în schimb, recurgînd la «mișcare cu orice preț», pentru a evita anchilozele menționate, în cazul în care este efectuată în exces poate deteriora structurile articulare, cu rezultat la fel de nefavorabil pentru funcționalitate. De aceea, regimul de mișcare, cuantumul acestei mișcări, modul în care trebuie efectuată, momentele și durata repausului articular trebuie stabilite de medicul și asistentul de kineziterapie, la care trebuie să coopereze și bolnavul. În plus, se recomandă o reeducare gestuală, în sensul că bolnavii trebuie să deprindă un anumit fel de a executa gesturile obișnuite, menajînd unele articulații în suferință, supuse riscului de deteriorare, de deformare.

Activitatea profesională, presupunînd re-

gim de mişcare şi gestualitate specifică diferitelor profesiuni şi locuri de muncă, poate fi temporar întreruptă sau efectuată numai la recomandarea medicului, care cunoaşte boala. El este singurul în măsură să aprecieze dacă bolnavul mai poate presta aceeaşi muncă sau este necesar să se orienteze către o altă profesiune.

Din cele expuse reiese, aşadar, că nu există scheme fixe pentru mişcare sau repaus la bolnavii reumatici, ci regimuri care trebuie individualizate. De aceea, considerăm necesar a face cîteva recomandări de care trebuie să ţină seamă orice reumatic.

În **discopatia lombară, criza de lumbago acut şi lombosciatică** se indică: în faza acută, repaus pe pat drept şi tare în poziţia convenabilă (care calmează durerea); se va evita repausul pe scaun şi fotoliu, deoarece solicită mult coloana vertebrală. După trecerea fazei acute, se va efectua zilnic, la domiciliu, gimnastica medicală recomandată de serviciul de specialitate. La locul de muncă se va adopta o poziţie corectă, cu menajarea regiunii lombare, pentru a preveni recidivele dureroase; de asemenea, se vor evita eforturile mari.

În **spondilodiscartroză** se recomandă: zilnic gimnastică medicală pe baza unui program deprins într-un serviciu de specialitate şi poziţie corectă în timpul activităţii, pentru evitarea unor solicitări ale coloanei vertebrale.

În **artrozele articulaţiilor periferice** se recomandă, de asemenea, zilnic gimnastică medicală, deprinsă într-un serviciu de specialitate, care contribuie la menţinerea mobilităţii articulare, la tonificarea musculaturii vecine articulaţiei afectate. În cazul suferinţei articulaţiilor portante (ale membrelor inferioare: şold, genunchi, glezne), se reduce ortostatismul şi mersul, iar exerciţiile de gimnastică se vor executa în poziţia culcat. Mersul se va efectua numai cu sprijin, deoarece reduce solicitarea acestor articulaţii şi previne agravarea.

În cazul suferinţei şoldului şi genunchiului, repausul în cursul zilei se va face numai culcat şi nu în fotoliu.

În **periartrita scapulohumerală,** în faza acută dureroasă, este indicat repausul (eventual chiar cu antebraţul într-o eşarfă). După faza acută, se va proceda, în mod progresiv, la gimnastica de mobilizare a umărului. Dacă după gimnastică apare o durere de mai lungă durată este semn de supradozare.

În **spondilartrita anchilozantă,** gimnastica de mobilizare a coloanei, a umerilor şi şoldurilor, precum şi cea respiratorie sînt deosebit de utile, se efectuează zilnic, chiar dacă în timpul exerciţiului sînt simţite dureri; acestea se pot calma cu medicamente analgezice şi decontracturante. Repausul la pat se va efectua numai în poziţie corectă, cu coloana în rectitudine şi fără pernă.

În **poliartrita reumatoidă,** articulaţiile inflamate trebuie repauzate în poziţii corecte (recomandate medical), uneori, periodic, chiar în atele; solicitarea lor repetată poate duce la deteriorarea unor structuri articulare (capsulă, tendoane etc.) şi la deformaţii. Pentru mîini, chiar şi gesturile curente, simple, constituie o solicitare suficientă, fără a mai adăuga alte activităţi. După retrocedarea fenomenelor inflamatoare acute, mersul, ortostatismul şi gestualitatea curentă se vor efectua numai după sfatul medicului, în funcţie de articulaţiile în suferinţă şi gravitatea afectării lor.

dr. **Marieta Stoicescu**
medic reumatolog

ace fără seringă

SFAT

— Tutunul e otrăvitor! —
Spunea un doctor lui Mardare.
Și-apoi ieși pe coridor
Ca să-și aprindă o țigare.

UNUI DOCTOR NAVETIST

Pe la circă rar se duce,
Că mai mult e pe teren.
Te consultă la răscruce
Și îți dă rețeta-n tren.

DISCUȚIE LA SPITALUL DE URGENȚĂ

După un accident, Pandele,
(Mi-a spus aseară un coleg)
Că a venit în bucățele,
Și a plecat... aproape-ntreg.

ÎN CABINET

— Ieri, băiatul meu, Gigel,
A-nghițit un șoricel.
I-a spus doctorul Budrică:
— Dă-i să-nghită și-o pisică!

CUGETAREA CARDIOLOGULUI

— O inimă e de valoare!
Spunea un doctor înțelept
— Ai două mîini, două picioare,
Dar doar o inimă în piept.

LA POLICLINICĂ

— Nu-ți dau concediu nici defel.
Mata nu ai conjunctivită,
Nici gripă, nici erizipel,
Ai altă boală... chiulangită.

SE MAI ÎNTÎMPLĂ ȘI AȘA

— De gripă, cum de ai scăpat?
Căci după cîte înțeleg,
Nici un medicament n-ai luat.
— Am dat-o-n dar unui coleg!

DISPUTA DINTRE UN MEDIC UMAN ȘI UNUL VETERINAR

Sîntem mai fericiți ca voi,
Căci vitele încornorate,
Taurii și bieții boi,
Nu ne cer... certificate.

ABUZURILE

În lumea asta foarte mare,
Sînt oameni cu dorinți ardente.
Unii se-ndoapă cu mîncare,
Iar alții cu... medicamente.

BOLNAVUL SUPERSTIȚIOS

— La medic nu mă duc nici mort
Că, de trei luni, visez doar cruci!
— Ești încă viu, fă un efort,
Că mort, degeaba te mai duci!

CUGETARE

Spunea un medic că o viață
Atîrnă de un fir de ață;
Cu precizarea specială
Că-i ață pur chirurgicală.

SCHIMBĂRI

Oricine poate ca să spună:
— Azi, s-au schimbat la țară multe!
Chiar doftoroaia din comună
S-a dus la medic să-l consulte.

UNUI CHIRURG SPECIALIZAT ÎN CHIRURGIA ESTETICĂ

Are «mînă» dumnealui.
Toată lumea recunoaște.
Dar cînd ieși din mîna lui,
Nimeni nu te mai cunoaște!

CURĂ DE SLĂBIRE

Urmînd o cură de slăbire
Cu mere dulci și morcovi rași,
Azi, sînt nebun de fericire,
Am reușit să mă îngraș.

Gabriel Teodorescu

Bolile infecțioase și sarcina*

conf. dr. doc. **Henriette Ciortoloman**

Clinica de obstetrică-ginecologie, Spitalul „23 August"

În general, sarcina nu este compatibilă cu bolile infecțioase. Reducerea capacității de reacție a organismului gravidei față de agenții nocivi favorizează apariția bolilor infecțioase, organismul gravid avînd reacții schimbate față de organismul femeii negravide, sarcina și boala influențîndu-se în mod reciproc. De aceea, profilaxia bolilor prin neexpunerea gravidei în mediu cu posibilități de transmitere este cel mai important act de supraveghere a sarcinii.

Bolile infecțioase din sarcină cele mai grave sînt septicemiile, care produc reacții generale cu febră și toxemie, precum și infectarea fătului. Ele au drept consecință avortul, malformațiile, moartea produsului de concepție și naşterea prematură. Infectarea se face prin placentă, care s-a dovedit permeabilă pentru o serie de microorganisme și toxine. Organismul matern va trebui să facă față, în această perioadă, unor sarcini sporite; deoarece o bună parte din alimentele plastice trec la făt, rezistența lui scade, înlesnind agravarea bolilor contractate.

Tot în această perioadă, infecțiile căilor respiratorii iau o alură mai severă, în condițiile unui deficit de ventilație pulmonară.

Gripa, afecțiune determinată de microvirusurile A, B, C, duce la deficite respiratorii ce scad substanțial capacitatea pulmonară, contribuind la apariția edemului pulmonar, traheobronșitei cronice și a pneumopatiilor. Boala poate determina avortul, datorită stării febrile cu dezlipirea oului sau se transmite fătului prin placentă, determinînd malformații congenitale. Forma pneumonică este cea mai gravă și cu cele mai importante repercusiuni asupra sarcinii. Bolile de origine virală, și deci și gripa epidemică, nu pot fi combătute eficace cu antibiotice, care nu au decît rolul de a preveni complicațiile. Problema care se ridică în cazul bolilor de origine virală este legată de riscul apariției unei embriopatii, în primele 3 luni de sarcină, adică a dezvoltării unei malformații congenitale.

Dintre bolile produse de virusuri, **rubeola** constituie, în momentul actual, maladia căreia îi sînt atribuite cele mai multe malformații ale embrionului. Embriopatia rubeolică atinge electiv cordul, ochiul, urechea internă și sistemul nervos. Pentru a preveni complicațiile, este necesar să se știe dacă femeia prezintă imunitate, fapt ce se poate determina prin reacții serologice. În caz contrar, se administrează gamaglobulină, care asigură o imunitate timp de 15 zile, după care se repetă tratamentul, deoarece incubația durează numai 15 zile. Vaccinarea în timpul sarcinii este interzisă. Riscul maxim malformativ se situează între a 3-a și a 4-a săptămînă a gestației și scade progresiv către a 16-a săptămînă.

Parotidita epidemică (oreionul) este și ea o boală produsă de virusuri (adenotrope), care poate complica destul de rar sarcina, însă nou-născuții pot purta boala. Acest mixovirus poate determina naștere prematură, fără malformații.

O boală infecțioasă foarte severă, mai ales datorită complicațiilor pulmonare și nervoase, **rujeola** (pojarul) duce la o mortalitate fetală crescută (pare a depăși 50%). Dacă boala este contractată în primele 3 luni de sarcină, produce grave malformații.

Extrem de contagioasă este și **varicela,** care la femeia însărcinată nu ridică probleme deosebite, foarte rar putînd să provoace întreruperea sarcinii. Malformațiile sînt semnalate, de asemenea, rar și numai în cazul în care evoluează în primele săptămîni de sarcină.

O boală infecțioasă acută, care constituie un mare pericol, prin potențialul ei epidemic și prin marea ei contagiozitate, este **variola.** La noi în țară, datorită vaccinării introduse în anii imediat descoperirii ei de către Jenner, a făcut ca boala să nu mai fie semnalată încă din timpul primului război mondial. Boala prezintă un mare pericol atît pentru mamă, cît și pentru făt, care poate muri în uter sau se poate naște purtător de pustule caracteristice.

Dintre bolile bacteriene, **scarlatina,** determinată de streptococul hemolitic, este o boală care poate determina avort, naștere prematură și travalii trenante. Transmiterea germenilor prin placentă este incertă. Datorită însă sensibilității acestui germene la penicilină, prognosticul bolii este, în prezent, mai favorabil.

Cauzată tot de bacterii este și boala numită **listerioză,** întîlnită atît la animalele sănătoase, cît și la om. Germenele acestei boli poate fi prezent în alimentele infectate, cum ar fi: carnea, ouăle, laptele crud, legumele etc. Infecția maternă este adesea inaparentă, însă în cazurile în care apare, ea se manifestă prin semne infecțioase importante, evoluînd cu tabloul clinic de septicemie. Copilul poate muri în uter sau pot să apară fenomene meningiene, dispnee, cianoză, hepatosplenomegalie, convulsii. Boala, depistată la vreme, poate fi tratată în primele 3 luni de sarcină.

În afara bolilor virotice și bacteriene, în timpul gravidității mai pot fi contractate cu ușurință și o serie de boli parazitare.

Paludismul sau malaria, în zonele în care nu a fost eradicat, constituie o complicație frecventă a sarcinii. La gravide se observă manifestări cerebrale, ce pot duce la forme convulsivante. De asemenea, poate declanșa naștere prematură, avort sau moarte fetală prin encefalită malarică. Deși la naștere copiii sînt aparent sănătoși, ei mor la puțin timp după aceea. Tratată în cursul sarcinii cu antimalarice de sinteză, boala se poate vindeca fără repercusiuni asupra fătului.

Toxoplasmoza, infecție parazitară gravă, determină afectarea intrauterină a fătului. Se pare că pisica constituie rezervorul permanent al îmbolnăvirilor. Infecția se face pe cale digestivă, gravida prezentînd febră, cefalee, mărirea ganglionilor din zona cervicală (a gîtului), creșterea globulelor albe și reacție serologică pozitivă.

Toxoplasmoza reprezintă o cauză de avort, în special în cursul trimestrului al 2-lea de sarcină. De asemenea, este cauza producerii de leziuni cerebrale, cu focare epileptogene, hidrocefaliei, microcefaliei sau diverselor sechele neuropsihice (arierare mintală).

Tratamentul, care constă din antibiotice și diverse sulfamide, este de durată și se impune a se face cu mare prudență.

Rickettsiozele sînt boli provocate de **rickettsii,** microorganisme care se multiplică numai în celulele unor animale și sînt introduse în organismul uman prin înțepătura unui artropod sugător de sînge (păduche, purice, căpușă). Aceste microorganisme pot provoca avortul în lunile mari de sarcină (IV—VI), nașteri precoce, hipotrofii fetale, moartea fătului în primele zile de viață și malformații, dintre care principala formă o constituie anencefalia. Boala netratată prin cure repetate de tetraciclină și cloramfenicol se manifestă printr-o stare febrilă trecătoare, erupție tegumentară, dar cel mai frecvent fără erupție.

Din cele expuse, reiese limpede că pentru a da naștere unor copii sănătoși și viguroși, lipsiți de riscul malformațiilor atît de grave pentru ei, familie și societate, este necesar ca femeia gravidă să respecte măsurile de profilaxie indicate, evitînd expunerea în mediu cu posibilități de transmitere a bolilor contagioase și să se prezinte, cu regularitate, la controalele periodice.

sfat... medical

Cochetă, dar născută cam demult,
Veni la medic pentru un consult.
Îndeosebi, ea prefera povețe
De zăbovire... întru tinerețe.

Acesta, cercetînd-o pe-ndelete,
Îi scrise o grămadă de rețete.
Și-n încheiere o privi în față
Și-i mai dădu o ultimă povață:

— «Cînd ieși, mă rog, pe stradă, nu uita
Să iei o rochie mai lungă pe mata.
Încearcă, zău, și alt fel de modele,
Și nu precupeți în zadar banii.
Căci minijupa, printre alte cele,
Mai dezvelește uneori și... anii».

THEODOR MARICARU

regimul de viață și alimentație al gravidei

Statul nostru socialist asigură femeii toate condițiile de a se împlini ca mamă, de a dărui societății copii sănătoși și viguroși, de a contribui la întărirea și dezvoltarea națiunii. De aceea, încă din perioada neonatală, atenția trebuie îndreptată asupra produsului de concepție.

Cercetările științifice medico-biologice au demonstrat elocvent că deficiențele (tarele) unui individ își au rădăcini mult mai adînci decît dezvoltarea lui individuală din momentul nașterii, acestea putîndu-se moșteni de la cei doi părinți sau chiar de la rude mai îndepărtate; ele se pot manifesta imediat din momentul concepției, în perioada de embriogeneză, sau în timpul dezvoltării fetale. De aici se impune o grijă deosebită pentru sănătatea partenerilor (examene prenupțiale), ca și pentru asigurarea unei conduite optime de viață, o activitate și alimentație rațională a femeii gravide.

Statul nostru socialist, prin legislația în vigoare, acordă o deosebită grijă asigurării condițiilor în vederea obținerii unor generații viguroase, sănătoase din punct de vedere fizic și psihic.

Pentru aceasta se acordă o mare atenție combaterii bolilor infectocontagioase, degenerative și venerice, care pot influența negativ structurile implicate în procreare. De o deosebită importanță este combaterea utilizării excesive a drogurilor, a alcoolului și tutunului, factori care pot influența puternic funcția de procreare, determinînd chiar mutații genetice ce pot duce la urmași debili, deficienți sau chiar cu monstruozități.

După fecundare, organismul femeii devine gazda unei noi ființe, care se formează și se dezvoltă în armonie și dependență cu mama. Noua ființă ia contact cu natura și primește ce-i este necesar (oxigen, hrană etc.) prin intermediul organismului matern. Așa se explică faptul că factorii de mediu, care în mod obișnuit sînt ușor de suportat și de adaptat de către organism, devin dificili în timpul sarcinii, ducînd uneori la adevărate dezechilibre. De aici, grija deosebită pe care statul nostru o acordă femeii gravide, sprijinirii și ocrotirii ei, importanței regimului rațional de viață și de alimentație.

Alimentația femeii gravide trebuie să fie rațională, adică să asigure substratul energetic corespunzător, să conțină un aport optim de trofine (principii alimentare), care să-i confere o rezistență crescută față de acțiunea nocivă a factorilor din mediul ambiant (inclusiv factorii toxici și infecțioși), pentru a asigura fătului o dezvoltare armonioasă fizică și psihică. Alimentația gravidei trebuie preparată astfel, încît să se asigure absorbția și utilizarea maximă a principiilor alimentare. Ea trebuie să conțină întreg complexul de trofine: proteine, glucide, lipide, săruri minerale și vitamine, să se asigure o varietate cît mai mare a mîncărurilor, iar acestea să cuprindă zilnic atît produse de origine vegetală, cît și animală.

Este necesar ca **proteinele** să acopere necesarul de calorii într-un procent pînă la 25 din valoarea rației calorice totale, iar o anumită cantitate să fie reprezentată de proteine animale, care aduc un aport de aminoacizi esențiali (ce nu pot fi sintetizați în organism) foarte importanți pentru nevoile metabolice și de creștere ale organismului.

Lipidele trebuie să acopere aproximativ 30% din rație, jumătate din acestea trebuind să fie de origine animală (lapte și derivate, ouă, viscere). Nici cele de origine vegetală nu trebuie neglijate, deoarece aduc un aport însemnat de acizi grași nesaturați, importanți pentru organism.

Glucidele trebuie să completeze restul rației calorice, mare parte din ele fiind reprezentate de polizaharide și în special amidon, care se absoarbe treptat, fără a provoca o creștere a glicemiei. Glucidele rafinate (zahăr, bomboane) să nu depășească 8—10% din totalul glucidelor ingerate. Sînt necesare cantități importante de celuloză (fructe, zarzavaturi), care deși nu reprezintă valoare ca substanță hrănitoare, are însă un important rol excitant pentru peristaltismul intestinal, combătînd tendința la constipație, ce se poate întîlni uneori la gravide.

Normativele referitoare la sărurile minerale se referă la calciu, fier, fosfor, recomandînd existența unui raport optim între calciu și fosfor.

În ceea ce priveşte **regimul de muncă,** este necesar să fie luate anumite precauţii. În primele 5 luni de sarcină, în general, femeile vor desfăşura o activitate normală, evitînd totuşi expunerile la toxice sau iradiaţii, ce pot genera malformaţii congenitale la nou-născuţi. De asemenea, vor evita expunerile prelungite la frig şi umezeală, ca şi eforturile fizice mari sau trepidaţiile, care pot provoca avorturi în primele luni de sarcină sau naşteri premature după luna a VI-a. Începînd cu luna a VI-a, cînd organismul femeii este mai intens solicitat, gravidele vor trebui scutite de munci de noapte, acordîndu-se, cu avizul medicului, pentru unele cazuri chiar un program redus de muncă.

Referindu-ne la **odihna** gravidei, ea trebuie să fie atît pasivă (femeia gravidă trebuie să doarmă cel puţin 8 ore), cît şi activă, cuprinzînd plimbări în aer liber, lectură, vizionări de spectacole distractive, lucru de mînă etc. De remarcat că la multe gravide se manifestă o somnolenţă accentuată şi de aici tendinţa ca imediat după masa de prînz să se doarmă şi chiar mai multe ore. Acest lucru nu este recomandabil, deoarece există posibilitatea ca noaptea acestea să prezinte insomnii, cu stări de irascibilitate, ce pot genera cu timpul chiar uşoare stări nevrotice. Mai indicate par să fie micile plimbări în aer liber, cu o durată de numai 30—40 de minute, pentru a nu genera o stare de oboseală. După luna a VIII-a, datorită dezvoltării accentuate a abdomenului, repausul în poziţie orizontală devine mai dificil, creînd dificultăţi în respiraţie. În această perioadă se recomandă dormitul cu toracele mai ridicat (pe multe perne) sau compensarea prin repaus prelungit în fotoliu sau şezlong.

Se va evita **practicarea sportului** de performanţă sau cel care solicită organismul în mod deosebit (călărie, ciclism etc.), deoarece prin congestiile de bazin pe care le determină poate constitui cauze de avort sau naşteri premature. În schimb, se recomandă mersul pe jos pe un teren plat şi gimnastică dimineaţa într-o cameră bine aerisită. Exerciţiile vor avea în vedere stimularea mişcărilor respiratorii şi dezvoltarea musculaturii abdominale şi perineale, foarte utile travaliului la naştere. Sînt indicate mişcări de forfecare a membrelor, bicicleta, mişcări respiratorii, efectuate progresiv, în ritm lent şi cu unele pauze.

Este contraindicată plaja în timpul sarcinii şi înotul după luna V-a, existînd pericol de avort sau naştere prematură.

Ţinuta vestimentară a gravidei trebuie să fie lejeră şi corespunzătoare anotimpului. Se vor evita corsetele, centurile strînse, purtarea de jartiere, care îngreuiază circulaţia membrelor inferioare şi aşa îngreuiată de sarcină. Încălţămintea, de asemenea, va fi lejeră, cu tocul jos şi lat, ce conferă o mai mare siguranţă, deoarece în ultimele luni, prin deplasarea centrului de greutate datorită abdomenului mărit, sistemul locomotor este mult solicitat.

Dar, după cum am mai menţionat, statul nostru acordă o grijă deosebită femeii gravide, care se bucură de asistenţă medicală prioritară şi gratuită. Se impune deci luarea în evidenţă şi urmărirea periodică a tuturor gravidelor încă din primele luni de sarcină, deoarece, după cum se ştie, atît femeia gravidă, cît şi noua fiinţă pot fi expuse unor riscuri chiar din cele mai timpurii stadii.

Specialistul ginecolog este singurul în măsură să aprecieze evoluţia sarcinii, să dea îndrumările şi sfaturile de care are nevoie fiecare viitoare mamă. El este acela care trebuie să conducă tratamentul în caz de nevoie şi nicidecum gravida nu va apela, din proprie iniţiativă, la diverse droguri şi medicamente, chiar dacă unele par anodine. Acestea sînt interzise cu desăvîrşire, în special în primele luni de sarcină.

Acordaţi, aşadar, toată atenţia fiinţelor gingaşe cărora le veţi da naştere! De sănătatea lor depinde viitorul societăţii noastre, pe care o dorim cît mai prosperă şi înfloritoare.

dr. **Dogariu Aliodor**
medic ginecolog

conf. dr. **Badiu Gheorghe**
medic neurolog, I.M.F. Tg. Mureş

Mic dicţionar MEDICAL

Împachetări cu parafină = lumînare cu suflet.
Maternitate = unitate spitalicească în care vine cîte unul şi pleacă... cel puţin doi!
Moarte aparentă = prilej de-a constata că nu totdeauna... aparenţele înşală.
Puls = minutarul ceasornicului inimă.
Sinucidere = accident mortal cu... autoservire.
Tendoane = bretelele picioarelor.
Timiditate = frică de curaj.
Transplant = organ altoit.

D. C. MAZILU

Tulburările de menopauză

dr. **Crișan Nicolae**

Clinica de obstetrică - ginecologie, Spitalul „23 August"

Menopauza, adică încetarea succesiunii naturale a ciclurilor menstruale, definește doar un moment al unui lung interval din viața femeii, cunoscut sub numele de climacteriu.

Climacteriul se plasează în existența fiziologică a femeii între perioada de reproducere, de activitate sexuală și de repaus sexual complet, ocupînd o bună parte a celei de a cincea decade de viață, cît și decada următoare, pînă în preajma vîrstei de 60 de ani. Această perioadă constituie nu numai un declin al funcției ovariene, ci și un preludiu al îmbătrînirii.

Perioadă de tranziție, de transformare și adaptare a unora din funcțiile organismului, menopauza — fenomen natural și inevitabil — poate trece uneori în domeniul patologiei prin tulburările pe care le generează: sîngerări prelungite și dezordonate, fenomene neurovegetative, modificări involutive accentuate ale organelor genitale. Sistarea menstrelor și implicit incapacitatea de a rămîne gravidă trezește la unele femei sentimentul inutilității, dublat de îngrijorare în fața primelor semne ale declinului fizic, ale bătrîneții, dealtfel îndepărtate.

Societatea modernă, scutind femeile de munca abrutizantă și condițiile maladive de existență, a prelungit durata medie de viață pînă în preajma cifrei de 75 de ani. Dar odată cu aceasta, societății noastre îi revine și datoria de a asigura femeii un echilibru, un loc meritat de-a lungul întregii sale existențe. Or, în preajma acestei vîrste, existența femeii înseamnă activitate profesională, muncă socială, viață de familie. Să ne reamintim că tocmai la această vîrstă Marie Curie își încununa descoperirile cu un al doilea premiu Nobel și că acumularea experienței, studiul perseverent marchează, de regulă, apogeul activității profesionale pentru majoritatea femeilor. Să nu uităm însă nici faptul că în a cincea decadă de viață, Diana de Poitiers își conserva atît de bine nurii, iar anticii greci găseau ca firească participarea Herei, mamă a 4 zei ajunși la rîndul lor în plină maturitate, la un concurs de frumusețe.

Pentru cele mai multe din femei, încetarea ciclurilor menstruale survine în preajma vîrstei de 45—50 de ani. Întreruperea menstrelor se produce rareori dintr-o dată. De obicei menstrele se rărește, durata lor scade, fluxul diminuă și după 1—3 ani dispar complet. Sînt femei la care menopauza survine precoce, în preajma vîrstei de 40 de ani, iar alteori mult mai tîrziu, după 50—53 de ani.

Instalarea menopauzei se datorește epuizării treptate a funcțiilor ovarului. În acest timp, suferă modificări și apoi diminuă și activitatea hipofizei și a hipotalamusului. Hipofiza este glanda cu rol de coordonare a sistemului endocrin și este direct legată de hipotalamus, parte a creierului care asigură reglarea principalelor funcții vegetative (funcții care nu sînt supuse controlului nostru voluntar) ale organismului. Ovarele nu mai produc ovule — celule care odată fecundate inițiază dezvoltarea unui nou organism; nu mai are loc producerea progesteronului, unul din cei doi hormoni sexuali proprii femeii. Mai tîrziu, încetează treptat și secreția de foliculină (estrogeni). În anii care preced instalarea menopauzei (premenopauza), secreția de foliculină se menține încă la un nivel crescut, progesteronul nu se mai sintetizează deloc sau aproape deloc. Acest dezechilibru se află adesea la originea unor sîngerări prelungite.

În faza de postmenopauză, la mai mulți ani de la încetarea completă a menstrelor, organele genitale mult timp lipsite de efectul binefăcător al foliculinei pot suferi fenomene de atrofie, de regresie marcată și degenerescență. Epiteliul de înveliș al organelor genitale își pierde supleţea normală, devine fragil și este lezat de cele mai mici traumatisme. Apar, din acest motiv, inflamații locale ce se manifestă sub forma unor scurgeri supărătoare, usturimi, arsuri etc. Totodată, valva și vaginul își reduc dimensiunile prin același proces de atrofie, iar la femeile care prezintă prolapsuri, datorite unor rupturi vechi de perineu, acestea se agravează.

Menopauza se însoțește, fără ca aceasta să constituie o regulă, de tulburări generale. Apar bufeuri, valuri de căldură supărătoare, însoțite de roșeața feței și a jumătății superioare a corpului. Acestea se pot repeta de mai multe ori în cursul aceleiași zile sau să se succeadă aproape fără pauze și se însoțesc adesea de senzație de sufocare și transpirații abundente. Aproape de regulă, aceste femei prezintă instabilitate emoțională, iritabilitate, anxietate, insomnii. Teama de o diminuare a activității sexuale și, în general, de declin al întregului organism poate constitui cauza unor stări de depresiune psihică. Tot acum se pot agrava unele nevroze.

În perioada de climacteriu, pot prezenta tulburări și alte organe. Prin dispariția secreției de foliculină, după mai mulți ani de la instalarea menopauzei, pot să apară jenă și usturimi la urinat. Oasele devin, din același motiv, mai fragile și se fracturează cu mare ușurință. Durerile reumatismale, hipertensiunea arterială, diabetul și, mai ales, obezitatea apar mai frecvent la această vîrstă.

Tulburările menționate sînt semnalate la aproximativ 85% din femeile care traversează menopauza. Din fericire, ele se limitează la cîteva bufeuri, roșeața feței, iritabilitate, cu apariție sporadică și sînt ușor de suportat. Perioada de manifestare a lor nu depășește cîteva luni, pînă la un an. La o femeie din zece, tulburările pot fi însă severe, necesitînd un tratament medical. El va fi stabilit după un examen de specialitate, completat la nevoie și cu investigarea altor aparate și organe și diferențiat de la caz la caz. Aceasta nu exclude efectuarea obligatorie a unor controale periodice de către toate femeile aflate la această vîrstă, indiferent dacă prezintă sau nu manifestări patologice.

Un lucru trebuie să fie reținut, și anume că menopauza este un fenomen natural, o etapă obligatorie a vieții organismului și că tratamentul nu are alt rol decît să combată unele fenomene în momentul cînd acestea devin supărătoare. O restabilire a ciclurilor menstruale la această vîrstă, chiar dacă este posibilă, nu poate fi prelungită la nesfîrșit și nu are nici un sens biologic. Administrarea de estrogeni (preparate de foliculină sau cu efect asemănător) nu își are indicație decît în cazul unor tulburări mari și prelungite și nicidecum în scop de «întinerire». Tulburările ușoare pot fi corectate printr-un regim de viață ordonat, mișcare în aer liber cu practicarea de sporturi ușoare, împletirea armonioasă a activității profesionale cu orele de repaus și de somn, regim alimentar echilibrat și fără excese. Curele balneare sînt de un real folos. La nevoie, se va putea recurge la sedative în doze moderate și nu în cure prelungite. După intensitatea simptoamelor, se recomandă: Extraveral, Pasinal, Meprobamat sau Napoton, Hidroxizin, Tioridazin, Diazepam etc.

Tratamentul hormonal necesită un control medical atent și administrare cu indicații precise. În premenopauză, cînd sîngerările prelungite apar frecvent, recurgem la progestativele de sinteză. Mai tîrziu, după cîțiva ani de la încetarea menstrelor, pentru combaterea bufeurilor deosebit de supărătoare, a transpirațiilor, a iritabilității excesive, a insomniilor, se utilizează combinații de extrogeni și testosteron injectabile. În climacteriul avansat, cînd își fac apariția fenomenele de atrofie ale organelor genitale, recurgem la preparatele de estrogeni, administrate însă în doze mici. Recent, un derivat al foliculinei, Estriolul, s-a dovedit în mod deosebit eficace și lipsit de riscuri, în combaterea fenomenelor de atrofie locală.

Acceptarea acestei stări fiziologice normale, încrederea în posibilitățile și capacitățile proprii, armonia în viața conjugală și în cea familială, precum și ajutorul acordat de medic, vor permite femeii să depășească un moment al vieții, adesea privit cu nejustificată teamă.

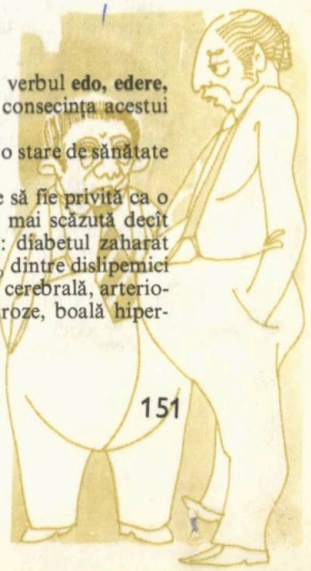
OBEZITATEA
dușman al sănătății

prof. dr. doc. **Iulian Mincu**

Cuvîntul obezitate provine din latinescul **obesitas** care derivă din prepoziția **ob** + verbul **edo, edere**, însemnînd «a mînca în exces», «a mînca mult și lacom». Obezitatea reprezintă deci consecința acestui mod de alimentație: omul gras.

În trecut obezitatea a fost apreciată drept o stare de înflorire materială, de bogăție, o stare de sănătate deosebită fizică și morală.

Astăzi, cînd se cunosc consecințele obezității, această stare supraponderală începe să fie privită ca o manifestare patologică cu consecințe grave. Astfel, obezul are o medie de viață mult mai scăzută decît individul normoponderal; el se îmbolnăvește mai frecvent de unele boli, cum ar fi: diabetul zaharat (80—90% dintre diabetici au fost sau sînt suferinzi de obezitate), dislipemii (peste 65% dintre dislipemici sînt obezi), ateroscleroză (cu manifestările sale clinice — infarct miocardic, hemoragie cerebrală, arteriopatie a membrelor inferioare etc.), precum și reumatism cronic degenerativ, poliartroze, boală hipertensivă, insuficiență cardiorespiratorie etc.



Considerăm că un individ este obez atunci cînd greutatea sa depăşeşte cu 20% greutatea ideală. Persoanele cu o greutate între 10 şi 20% peste greutatea ideală sînt etichetate ca «supraponderale». Obezitatea se datoreşte depunerii de grăsime în organism, care rezultă din alimentele ingerate în plus peste necesarul de calorii, la care se poate adăuga lipsa de mişcare, sedentarismul.

Este necesar să precizăm că există o deosebire fiziologică între repartiţia şi cantitatea de grăsime la cele două sexe. Femeile au în mod normal mai multă grăsime decît bărbaţii, diferenţă care există încă de la naştere. În ceea ce priveşte repartiţia, la sexul feminin grăsimea este dispusă mai mult pe abdomenul inferior, fese, şolduri, coapse.

Un rol deosebit în această dispoziţie îl au şi hormonii, printre care menţionăm: estrogenii, androgenii, glucocorticoizii etc. Astfel, androgenii şi glucocorticoizii contribuie la depunerea grăsimilor în partea superioară a corpului, iar estrogenii (hormonii feminini) contribuie la depunerea grăsimilor în partea inferioară a corpului.

Ţesutul adipos (gras) are în organismul uman diverse roluri fiziologice: este sursă de energie, atunci cînd organismul nu introduce din afară (odată cu alimentele) această energie. El intervine în mod dinamic ori de cîte ori organismul are nevoie de energia necesară. Are rol în termogeneză, constituind un strat apărător cu rol în termoreglarea organismului; de asemenea, are şi un rol estetic.

Care este greutatea ideală? Avem la dispoziţie cîteva moduri de a calcula această greutate. Formula folosită la Clinica de nutriţie şi boli metabolice pentru calculul greutăţii ideale este următoarea:

$$G = 50\ kg + 0{,}75\ (T - 150) + \frac{V - 20}{4}$$

G = greutatea în kg
T = înălţimea în centimetri
V = vîrsta în ani
Pentru femei, cifra care rezultă se înmulţeşte cu 0,9.

Supraalimentaţia constituie una din cauzele majore ale obezităţii. În mod normal există un echilibru între cantitatea de alimente ingerate şi cheltuiala de energie a organismului. Se întîmplă uneori dereglări care ţin fie de psihicul individului, fie de unele modificări ale modului de alimentaţie, ducînd la o depăşire a cantităţii calorice necesare.

Lipsa de activitate fizică sau diminuarea acesteia în raport cu consumul alimentar este, de asemenea, o cauză a obezităţii frecvent întîlnită. Dealtfel, sedentarismul constituie o trăsătură caracteristică epocii contemporane, întîlnită mai ales la popoarele dezvoltate din punct de vedere economic.

Viaţa sexuală intervine, de asemenea, ca o cauză majoră: pubertatea, mariajul, sarcina, starea postpartum, lactaţia, menopauza etc. constituie perioade de declanşare a obezităţii. Schimbarea de activitate, modificarea psihologică proprie fiecăreia dintre aceste etape, sînt factori intermediari.

Factorii neuropsihici şi cei **psihologici** pot fi incriminaţi şi ei în geneza obezităţii. Se ştie că senzaţia de foame şi saţietate se află sub control nervos (hipotalamus, rinencefal, cortex). Alterările lezionale ale acestor regiuni duc la modificări ale senzaţiei de foame. Printre factorii psihologici menţionăm şi decepţiile sentimentale sau profesionale; nereuşita îşi găseşte deseori satisfacţii în alimentaţie.

Alcoolul, dacă este consumat în cantităţi moderate şi permanent, măreşte apetitul şi predispune la instalarea obezităţii.

Un rol mai puţin important îl au **factorii endocrini:** pubertatea şi menopauza constituie, de asemenea, perioade de declanşare a obezităţii, la care putem adăuga mariajul, sarcina, lactaţia.

Clinic, obezitatea se prezintă sub diferite forme, în funcţie de topografia rezervelor de grăsime şi de gradul de participare a musculaturii. Astfel, distingem obezitatea de tip **ginoid,** caracterizată printr-o puternică dezvoltare a stratului adipos în raport cu muşchii; ea se întîlneşte mai frecvent la femeie, dar şi la copilul de ambele sexe şi chiar la bărbatul adult. Grăsimea se localizează în părţile inferioare ale corpului, pe abdomenul inferior (subombilical, pe flancuri, şolduri, fese, coapse, genunchi, gambe). Aceşti bolnavi sînt puţin activi, au o musculatură slab dezvoltată, se mişcă puţin, obosesc uşor şi se îngraşă foarte repede, deşi mănîncă relativ puţin. Ei ajung uşor la complicaţii respiratorii, cardiace, osteoarticulare. În cadrul acestor forme se descriu tipuri speciale, în care retenţia de apă şi sare au un rol principal (obezitatea spongioasă, celulita).

O altă formă de obezitate este cea de tip **android,** caracterizată prin depunerea grăsimii în regiunea superioară a corpului (ceafă, gît, umeri, partea superioară a abdomenului). Musculatura este puternică şi activă, iar cantitatea de alimente pe care le ingeră zilnic este crescută. Complicaţiile cele mai frecvente sînt: diabetul, ateroscleroza, dislipemia şi hiperuricemia.

În afara acestor două forme principale, este util să menţionăm şi obezitatea **infantilă** şi **pubertară** care, dacă nu este tratată la timp, se poate prelungi şi la vîrsta adultă.

O atenţie deosebită trebuie să manifeste femeia în perioada graviditătii, deoarece, datorită supraalimentaţiei, are toate sansele să devină obeză.

În prevenirea și tratamentul obezității un rol deosebit îl are dietoterapia. Obezitatea apare atunci cînd aportul este mai mare decît cheltuiala energetică. Raportînd la kilocorp greutate ideală, nevoile calorice ale unui individ în funcție de efortul depus sînt:

— pentru repaus la pat: 25 cal./kilocorp/zi;
— pentru muncă ușoară (sedentară) 30—35 cal./kilocorp/zi;
— pentru muncă moderată: 35—40 cal./kilocorp/zi;
— pentru muncă grea: 45—50 cal./kilocorp/zi;
— pentru muncă foarte grea: 50—60 cal./kilocorp/zi.

În cazul unui suferind de obezitate, regimul alimentar trebuie să fie hipocaloric, cu un aport mediu de aproximativ 1 200—1 300 de calorii în condiții obișnuite de activitate. În regimul hipocaloric, proteinele se prescriu într-o cantitate de 1,2—1,5 g/kilocorp/zi și chiar mai mult, fiind foarte necesare organismului atît pentru rolul lor plastic, cît și pentru faptul că stimulează ritmul metabolismului. Dealtfel, s-a constatat că este singurul mijloc prin care se poate împiedica consumul proteinelor proprii din organism în perioada de slăbire. Într-un regim echilibrat, cantitatea de proteine va trebui să nu depășească 2/3 din cantitatea de glucide, deoarece organismul, în acest caz, va arde proteinele. Rația lipidică va fi și ea redusă la aproximativ 40—45 g/zi, deoarece este știut că lipidele furnizează un aport caloric crescut. Regimul va fi sărac în glucide, știut fiind că factorul principal în obezitate îl constituie, pe lîngă regimul hipercaloric, și un consum exagerat de glucide sub formă de dulciuri concentrate, făinoase, pîine etc.

În general, un regim hipocaloric cu proteine suficiente, bogat în legume verzi și fructe, acoperă nevoile de vitamine hidrosolubile și de minerale ale obezului. În perioadele în care se aplică un regim mai restrictiv, se pune problema suplimentării rației cu vitamine, pentru a se evita fenomenele carențiale în acești factori nutritivi.

Într-un **regim hipocaloric** sînt permise următoarele alimente:

— lapte smîntînit, iaurt degresat, brînză de vaci dietetică, urdă;
— carne slabă de vacă, vițel, pasăre (găină, pui);
— pește slab de rîu (șalău, știucă, lin);
— ouă fierte tari (2—3 pe săptămînă) numai albușul;
— legume: roșii, ridichi, andive, salată verde, ardei gras, castraveți, conopidă, spanac, lobodă, dovlecei, varză albă, fasole verde;
— fructe: mere, lămîi, portocale, mandarine, pepene verde, coacăze, fragi, afine, vișine, cireșe etc;
— grăsimi: uleiuri vegetale, margarină (în cantitatea prescrisă);
— băuturi: sifon, sucuri de legume și fructe, lapte ecremat.

Lichidele se permit în cantitate de cel puțin 1 $^{1}/_{2}$ l apă pe zi (sau ceai îndulcit cu zaharină). Orice restricție de lichide diminuă diureza și provoacă acumularea de reziduuri în organism.

Sînt **interzise** următoarele alimente:

— cașcaval, șvaițer, camembert (în general toate brînzeturile grase și sărate), lapte integral, iaurt gras, brînza de vaci grasă;
— carne grasă, pește gras, conserve de carne și de pește, afumături, mezeluri grase;
— pîine și paste făinoase în cantitate mare;
— ouă prăjite;
— leguminoase uscate (fasole, mazăre, linte, bob);
— cartofi în cantitate mare;
— fructe: stafide, smochine, curmale, struguri, prune, fructe oleaginoase (alune, nuci, arahide);
— grăsimi: frișcă, smîntînă, slănină, untură;
— sosuri cu rîntaș, cu grăsime, maioneză;
— supe și ciorbe grase, supe cu făinoase;
— dulciuri, creme, aluaturi cu grăsime;
— lichide: băuturi îndulcite, siropuri, alcool, lapte integral, cafea, ceai rusesc;
— condimente: oțet, verdețuri aromate, mărar, pătrunjel, cimbru etc.

Se recomandă 5—6 mese pe zi, asigurîndu-se astfel o metabolizare mai bună a caloriilor realizate, ceea ce împiedică acumularea lor sub formă de țesut adipos.

În cura severă de slăbire sau în caz de constipație, se recomandă adăugarea la salată a 1—2 linguriță de ulei de parafină, care va înlocui total sau parțial untdelemnul.

O recomandare generală de care trebuie să țină seama fiecare persoană interesată se referă la faptul de a nu se consuma nimic între mesele principale, de a nu se abuza de sare și de a se respecta cantitățile alimentelor indicate; de asemenea, să nu se consume alcool și să se abandoneze fumatul.

Un prețios ajutor pentru slăbirea în greutate îl constituie exercițiile de gimnastică și munca fizică zilnică, care, datorită consumului de energie și intensificării proceselor de oxidare, favorizează arderea excesului de grăsimi.

Deoarece, după cum am menționat, o serie de factori concură la instalarea obezității; cunoașterea acestor factori va da posibilitatea medicului specialist să ia o atitudine terapeutică din cele mai adecvate și diversificate, crescînd, în bună măsură, procentul succeselor.

concepții despre avantajele ALIMENTAȚIEI VEGETARIENE

Este îndeobște cunoscut că aportul legumelor în alimentația omului are un rol deosebit de însemnat; în afara vitaminelor și sărurilor minerale atît de necesare sănătății organismului, ele mai au și rolul de a contribui la procesul de digestie.

Despre legume s-a spus și s-a scris mult; începînd cu scrierile medicilor din antichitate și, în special, cu cele ale medicilor specialiști în boli de nutriție, putem desprinde, fără putință de tăgadă, rolul oricărui produs vegetal în eliminarea resturilor alimentare nedigerate, a unor bacterii și substanțe catabolice epurate din sînge.

Astfel, nu putem să nu ne gîndim la Pliniu, renumitul naturalist roman, care și-a găsit moartea odată cu distrugerea orașului Pompei (anul 79 e.n.); el era un vegetarian convins, iar scrisorile sale atestă această preocupare.

Citind scrierile valorosului dietetician-medic elvețian P.A. de Forest, desprindem: «Însăși conformația dinților și a unghiilor, structura și lungimea tubului digestiv al ființei omenești arată că, de la natură, el nu este carnivor».

Pe de altă parte, Cuvier, creatorul anatomiei comparate, scria: «Hrana naturală a omului, judecînd după structura sa, pare că trebuie să se fi compus din fructe, rădăcini și legume». Carton însă merge mai departe, afirmînd că: «Alimentația cu cadavre este contrară firii omenești, adică instinctului său, structurii anatomice și fiziologice a omului».

În unele profesiuni (sportivii, în special) — arată dr. V. Florescu — regimul vegetarian ridică nivelul performanțelor. Iată ce dovedește experiența profesorului I. Fischer de la Universitatea din Yale, folosindu-se de două grupe de atleți (prima alcătuită din tinerii de la universitatea respectivă, care se hrăneau cu carne, și a doua alcătuită din atleți de la Sanatoriul Battle-Creeke, care erau vegetarieni): la proba cu brațele în poziție orizontală, rezultatele au fost surprinzătoare: toți vegetarienii au reușit să țină brațele întinse mai mult de o oră, într-un caz chiar trei ore și douăzeci de minute. Cu totul alta a fost situația la grupa celor care se hrăneau cu carne: nici unul nu a rezistat mai mult de 20 de minute. La proba de genuflexiuni, vegetarienii au făcut acest exercițiu de 1 800—2 000 de ori, fără întrerupere, în timp ce consumatorii de carne abia au reușit să efectueze acest exercițiu de 400 de ori.

De asemenea, Hindhelde spunea: «Ca rezultat al studiilor și experiențelor mele, am ajuns la concluzia că cel mai bun regim este acela alcătuit din pîine integrală de grîu și secară, din orz, ovăz, cartofi, unt, cîteva legume verzi și din fructe», iar dr. Bricher Benner, renumitul vegetarian ale cărui studii în domeniul alimentației sînt cunoscute și apreciate în lumea întreagă, susținea: «Energia dintr-o cireașă, portocală sau frunză verde este lumina solară concentrată, compusă din întreaga gamă multicoloră a spectrului solar (violet, indigo, albastru, portocaliu și roșu). Prin folosirea, deci, a vegetalelor introducem în corp această energie din soare, împreună cu sărurile minerale din pămînt, lucru la care nu vom putea ajunge prin regimul de carne».

Vegetalele, datorită celulozei pe care o conțin, îndeplinesc rolul de «măturătoare ale intestinelor». In acest mod, organismul este scutit de pericolul constipației și de întregul cortegiu de indispoziții și boli. Referindu-se la grecii antici, dr. V. Florescu spune: «Poate aici trebuie să căutăm motivul pentru care grecii din vechime aveau un chip atît de frumos și erau așa de puternici. Ei nu lăsau să treacă o masă fără să mănînce vegetale, pe care le prețuiau atît de mult, încît aveau chiar farfurii speciale pentru ele; și aceste vegetale le țineau întregul organism în curățenie deplină, dîndu-le și forțele necesare». Despre acest rol de «curățenie» nu vorbesc numai textele de literatură medicală, ci ne dovedesc chiar

vechi cercetări de laborator. Astfel, Chorrin a constatat că în materiile fecale ale persoanelor care se hrănesc cu carne se găsesc 65 000 de microbi pe fiecare mm^3, în timp ce la vegetarieni, Gilbert şi Dominici au găsit numai 2 000 pe mm^3.

Referindu-ne la conţinutul vegetalelor în vitamine — aceşti compuşi organici complecşi indispensabili vieţii — putem afirma că în prezent au fost identificate un mare număr de vitamine, dintre care unele hidrosolubile (vitamina C, complexul B), iar altele liposolubile (A, D, K, E).

Lăptuca, de pildă, conţine vitaminele A, B, C şi D, fără a mai vorbi de fier, cupru şi clorofilă din abundenţă. Morcovii conţin vitaminele A, C, E şi o mare cantitate de cupru şi calciu, două minerale foarte importante, cu rol esenţial în procesele metabolice. **Pătlăgelele** sînt şi ele bogate în cupru şi, de asemenea, în vitaminele A, B şi C, iar sparanghelul în vitaminele A, B şi cupru. **Guliile** conţin vitamina C, iar vîrfurile lor sînt îndeosebi bogate în calciu; **varza,** leguma favorită a lui Hipocrate, conţine vitaminele A, C şi K, precum şi cupru. Clorofila, pigment verde care se găseşte în majoritatea plantelor, cu rol fundamental în fotosinteză, este prezentă din abundenţă în ceapă, contribuind, totodată, la formarea şi dezvoltarea celulelor sanguine (hematopoieză).

Încă din cele mai vechi timpuri, produsele vegetale au fost folosite şi ca remedii în tratarea unor boli. Astfel, **lintea** se recomanda persoanelor care sufereau de constipaţie, datorită procentului mare de celuloză pe care o conţine.

Încă din secolul al XVI-lea, **fasolea** era folosită ca leac pentru curăţirea pielii, iar zeama din fiertura de fasole era socotită un remediu excelent pentru tratarea bolilor de ochi. «Ceaiul din florile de fasole — susţinea Kroeber — se întrebuinţează ca leac împotriva colicilor de rinichi, piatră la rinichi şi pentru podagră».

Cartoful este produsul vegetal cel mai bine tolerat; el este alimentul artriticilor, prin excelenţă. Se consideră că este bogat în săruri alcaline, fiind superior multor ape minerale; de asemenea, fiind lipsit de grăsimi este îngăduit persoanelor care suferă de ficat. Nici diabeticii nu se lipsesc de el; cel care l-a utilizat în tratamentul diabetului a fost doctorul francez Mosse.

Ţelina — rădăcinoasa cu cel mai delicat gust şi parfum, vrînd, parcă, prin aceasta să atragă atenţia asupra ei — s-a bucurat în vechime de un bun renume în tratarea diferitelor boli. Grecii, care o numeau «selinon» (de la cuvîntul «selene», care înseamnă lună), apreciau că are o influenţă covîrşitoare asupra sistemului nervos, fiind considerată un bun sedativ. Dr. Fr. Neuville a fost primul care a susţinut că în ţelină s-ar găsi insulină; ea mai este folosită şi contra constipaţiei, precum şi ca vermifug. Henri Leclarc, făcînd cercetări asupra unor bolnavi cu litiază renală şi nefrită cronică, a constatat că ceaiul din frunze uscate de ţelină sălbatică aduce mari beneficii. Datorită multiplelor sale proprietăţi terapeutice, s-a spus despre ţelină că: «de s-ar cunoaşte efectul ţelinei, oamenii ar planta-o în grădina lor».

Şi dacă ne gîndim la strămoşii noştri, la viaţa lor tihnită şi cumpătată, aflăm că izvorul sănătăţii rezidă în obiceiurile lor alimentare, simple şi hrănitoare, lipsite de rafinament şi abuzuri.

Culegere de

Florica Radu

A fi culmea...

Internistului: să trateze răceala... dintre doi prieteni.
Farmacistului: să vîndă ceaiuri... dansante.
O.R.L.-istului: să consulte urechea... acului de cusut.
Chirurgului: să opereze un calcul... matematic.
Pacientului: să ceară un leac contra unei crize... pecuniare.
Ortopedului: să pună în ghips piciorul unui... vers.

Brancardierului: să ducă cu targa un corp... de casă.
Psihiatrului: să vindece nebunii... de pe tabla de șah.
Oculistului: să corecteze o vedere... ilustrată.
Ginecologului-obstetrician: să folosească forcepsul pentru nașterea unei... discuții.
Droghistului: să vîndă cremă pentru o față... de masă.
Balneologului: să prescrie niște băi de soare... cu dinți.
Cardiologului: să facă electrocardiograma inimii... tîrgului.
Radiologului: să examineze un pacient la raze... de cerc.
Dentistului: să utilizeze kelen la extragerea unei rădăcini... pătrate.
Chiulangiului: să ceară scutire medicală pentru o zi... polară.
Opticianului: să vîndă ochelari cu rame de... tablou.
Asistentei medicale: să ia pulsul... opiniei publice.
Diabeticului: să refuze pînă și... dulcegăriile.

V.D. POPA

—CUM SE CALCULEAZĂ CORECT GREUTATEA IDEALĂ A UNEI PERSOANE?

—Fără a fi definită prin calcule matematice, în decursul istoriei omenirii, noțiunea de greutate ideală a variat în limite foarte largi. Pentru a ilustra acest fapt, este suficient de convingător să interpretăm, în mod comparativ «Cele trei grații», frescă descoperită la Pompei — ca expresie a picturii romane, cu «Cele trei grații», pictură a lui Rafael. Dacă din punct de vedere ponderal «grațiile antichității» romane se aseamănă mult cu femeile contemporane, în schimb «grațiile» lui Rafael de acum 477 de ani se pot încadra în patologia ponderală, fiind considerate ca obeze de gradul I sau II.

În accepția modernă, orice plus ponderal care depășește cu 10% greutatea ideală se consideră obezitate ușoară (de gradul I), excesul de 30% obezitate medie (gradul II), iar cel de peste 50% este apreciat ca obezitate severă (gradul III). Raportul greutate reală/greutate ideală trebuie să se mențină cît mai aproape de unitate.

Greutatea ideală exprimată în kilograme este aproximativ egală cu numărul de centimetri care depășește 1 m în înălțime. Concepția modernă consideră că nu greutatea corpului definește obezitatea, ci grosimea pliului cutanat; în mod normal, acesta nu trebuie să depășească 1—1,5 cm în regiunea abdominală, toracică, a coapselor sau umerilor. Într-adevăr, din punct de vedere biologic, grăsimea de depozit nu mai este necesară în stadiul actual al dezvoltării ființei umane (nici ca rezervor de energie, nici ca izolator termic), ea fiind un balast și o sursă de multiple tulburări metabolice (ateroscleroză, diabet, gută etc.).

Dacă în evul mediu greutatea considerată normală era cu mult superioară celei admise astăzi (chiar și Gioconda —capodopera lui Leonardo da Vinci), în prezent există tendința de a se menține o greutate mult sub cea ideală, fapt care constituie o greșeală, nu fără răsunet asupra organismului. Atributele «înaltă și slabă» caracterizează femeia modernă. Sînt demne de toată admirația eforturile pe care le depun femeile pentru păstrarea liniei suple, însă cura de foame și privațiunile alimentare, care depășesc recomandările medicale, devin cauzele unor serioase tulburări în sfera diferitelor organe.

—EXISTĂ VREO LEGĂTURĂ ÎNTRE NITROGLICERINA FOLOSITĂ ÎN ANGOR PECTORIS ȘI EXPLOZIVUL CARE L-A FĂCUT CELEBRU PE NOBEL?

—Cel mai vechi și cel mai activ dintre toate preparatele antianginoase —nitroglicerina —a rămas și în prezent medicamentul de bază în tratamentul crizei de ANGOR PECTORIS (episodul acut dureros și, deseori, dramatic al cardiopatiei ischemice).

Cu toate că a fost descoperită (în anul 1847) și introdusă în tratamentul anginei pectorale (în 1860) de către alți cercetători, utilizarea nitroglicerinei în scopuri medicale și industriale este însă legată de numele lui Alfred Nobel, chimist suedez, care a trăit între anii 1833 și 1896. Într-adevăr, el este întemeietorul industriei de explozive, este descoperitorul nitrocelulozei în anul 1862 și al dinamitei în 1866, precum și întemeietorul unei metode de distilare neîntreruptă a țițeiului, de producere a fontei etc.

Venitul anual al enormei sale averi —realizată în special din descoperirile sale în domeniul substanțelor explozive —estimat spre sfîrșitul vieții la 35 de milioane lei aur, l-a lăsat prin testament, în bună parte pentru scopuri culturale, unor instituții, precum și pentru acordarea a 5 premii anuale (reprezentînd fiecare cîte 150 000 de lei aur) în diferite domenii ale vieții materiale și spirituale. Acestea sînt: pentru cea mai importantă descoperire în fizică; pentru descoperiri deosebite în chimie; pentru medicină și fiziologie; pentru cartea cu tendințele cele mai nobile; pentru pace.

Acordat pentru prima oară în anul 1901 (la 5 ani de la moartea sa), Premiul Nobel constituie şi astăzi, după 77 de ani, cea mai înaltă distincţie acordată celor mai importante descoperiri sau activităţi depuse în slujba omului.

Nitroglicerina fiind un lichid foarte exploziv, este improprie utilizarea sa ca atare în scopuri medicale. Dintre mijloacele care s-au dovedit capabile să evite riscul exploziei nitroglicerinei şi să o facă utilizabilă în tratamentul anginei pectorale, cea mai eficientă s-a dovedit diluarea fie cu alcool, fie cu o pulbere inertă din punct de vedere al acţiunii asupra organismului (amidon, talc, lactoză etc.); se realizează astfel o diluţie de 1/100 sau 1/200, utilă în tratamentul cardiopatiei ischemice dureroase şi lipsită de riscul exploziei.

— ANTINEVRALGICELE POT PRODUCE TULBURĂRI RENALE?

— Nefrita interstiţială reprezintă, poate, accidentul terapeutic cel mai grav pe care-l induce una dintre substanţele analgezice-antinevralgice (capabile să suprime sau să atenueze durerea) cea mai des utilizată: fenacetina. În acest sens, trebuie avut în vedere, întotdeauna cînd se iau timp îndelungat preparate antinevralgice, faptul că fenacetina intră în compoziţia multor antinevralgice ca, de exemplu: antinevralgic, antinevralgic S, Sirenon, Codamin, Fasconal, Fenacetol.

Evoluţia bolii este gravă, spre insuficienţă renală cronică, uremie şi moarte. Gravitatea este dată şi de faptul că timp îndelungat simptoamele bolii (creşterea nejustificată a cantităţii de urină eliminată în 24 de ore, decolorarea urinii), capabile să atragă atenţia asupra acestei afecţiuni, lipsesc.

Cercetările efectuate în vederea stabilirii unei corelaţii între doză şi toxicitatea renală au estimat la 1 kg cantitatea de fenacetină considerată ca limită minimă de la care atingerea renală este cvasiobligatorie.

Avînd în vedere faptul că preparatele pe bază de fenacetină conţin între 150 şi 300 mg pe tabletă, este lesne de înţeles modul în care persoanele care folosesc cantităţi mari de antinevralgice pot realiza această cantitate minimă nefrotoxică într-un an.

De aceea, apare obligatorie individualizarea tratamentului antinevralgic, folosind substanţele cu cea mai mică toxicitate; de asemenea, este necesară informarea bolnavului asupra riscului la care se expune abuzînd de antinevralgicele pe bază de fenacetină.

— CAFEAUA CONTRACAREAZĂ EFECTELE ALCOOLULUI?

— Contracararea efectelor alcoolului, aşa după cum greşit se considera, nu a fost confirmată de cercetările moderne. Dacă pînă nu de mult se considera că prin acţiunea de excitare corticală, cafeina neutralizează efectul deprimant pe care-l exercită ingestia de alcool, punctul de vedere actual este diametral opus. Într-adevăr, cafeina nu numai că nu anihilează efectul deprimant nervos produs de alcool, ci îl accentuează, ca urmare a favorizării pătrunderii alcoolului din circulaţie în celulele nervoase. Dramele petrecute pe şosele dovedesc suficient de convingător că o cafea (fie ea chiar mare şi foarte concentrată) nu este capabilă să suprime efectul alcoolului ingerat peste posibilităţile organismului de a-l metaboliza (capacitatea ficatului de a degrada alcoolul este în medie de 1 g pe oră). De aceea, după ingestia de alcool cafeaua este contraindicată, deoarece favorizează instalarea stării de beţie sau o accentuează în intensitate şi o prelungeşte în timp.

REDUCEREA APORTULUI ALIMENTAR DE SARE ESTE ABSOLUT OBLIGATORIE LA BOLNAVII CU HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ?

— Recomandarea reducerii aportului de sodiu din alimentaţie este valabilă pentru orice bolnav cu hipertensiune arterială. Cercetările efectuate în vederea aprecierii cantităţii de clorură de sodiu (sarea de bucătărie) pe care o poate consuma o persoană cu hipertensiune arterială au arătat că se situează în jur de o jumătate de gram pe zi; este vorba de sarea care se adaugă în timpul preparării culinare a alimentelor. Dealtfel, pentru activităţi fizice medii şi la temperaturi moderate, cantitatea de clorură de sodiu din compoziţia alimentelor (carne, lapte, ouă, peşte, zarzavaturi etc.) este suficientă pentru asigurarea nevoilor metabolice ale organismului. În cazul în care activitatea productivă reclamă eforturi fizice susţinute sau se efectuează în condiţii de temperatură ridicată (oţelărie, forjă, brutărie etc.), transpiraţiile abundente obligă la înlocuirea atît a apei pierdute, cît şi a sărurilor (între care clorura de sodiu este poate cea mai importantă). Acestor persoane li se administrează sare în exces, pentru a compensa pierderile; dar pentru suferinzii de hipertensiune arterială, acest aport crescut de sare este dăunător, fapt pentru care li se contraindică munca în aceste condiţii.

În Oceanul Pacific sînt niște insule în care nu există apă dulce, băștinașii folosind ca atare sau pentru prelucrarea culinară, apa sărată. Toți acești locuitori sînt hipertensivi, iar durata de viață nu depășește în medie 25—30 de ani. Aceste argumente de ordin științific sînt — credem — suficient de convingătoare pentru ca persoanele cu hipertensiune arterială să respecte cu strictețe regimul restrictiv în sare în orice perioadă, chiar cînd presiunea sanguină se menține în limite cvasinormale. Este vorba de brînză sărată, saleuri, alune cu sare, conserve de pește (lacherdă, chilcă, scrumbii sărate sau afumate, sardele, chefal, macrouri afumate, batog, icre), măsline etc., preparate culinare care servite ca aperitive asigură necesarul în sare pentru cîteva zile, fără a mai socoti sarea din celelalte alimente sau preparate alimentare care fac obiectul mesei propriu-zise. Orice persoană cu hipertensiune arterială trebuie să știe că și pîinea aduce importante cantități de sare în rația zilnică.

Părerea multor bolnavi este aceea că restricția de sare nu mai este așa de importantă dacă primesc intermitent diuretice saluretice (substanțe care elimină sodiu din organism ca, de exemplu: Nefrix, Ufrix, Furantral, Furantril, Edecrin etc.). Cercetările moderne efectuate cu tehnici și metode de mare finețe au demonstrat că la hipertensivi există o tendință de a se acumula sodiu în pereții vaselor arteriale. Această tendință este cu atît mai mare, cu cît concentrația sodiului în sînge este și ea crescută, ca urmare a consumului de alimente bogate în sare. De aceea, în orice condiții, regimul hiposodat este obligatoriu pentru toți bolnavii cu hipertensiune arterială.

— CARE ESTE VALOAREA REGIMULUI ALIMENTAR ÎN TRATAMENTUL PROFILACTIC ȘI CURATIV AL PLUSULUI PONDERAL?

— Regimul alimentar are o deosebită importanță în tratamentul profilactic și curativ al plusului ponderal, în menținerea greutății corporale în limitele fiziologice. El trebuie să fie:

— hipocaloric: cu 10—15% mai redus în calorii decît necesarul fiziologic;

— hipoglucidic: sărac în dulciuri și făinoase;

— hipolipidic: cantități reduse de grăsimi animale (unt, untură, smîntînă, brînzeturi grase);

— normosodat sau chiar hiposodat: la prepararea mîncărurilor să se adauge puțină sare, astfel încît să confere senzația că mai trebuie sărate. Diferența gustativă poate fi realizată prin adăugarea de zeamă de lămîie, iaurt, sare medicinală etc. Se vor introduce în meniu cît mai multe preparate cu aport caloric mic, dar care produc senzația de plenitudine gastrică, de sațietate (salate, fructe, legume, zarzavaturi); în plus, acestea au avantajul că prin conținutul bogat în celuloză stimulează peristaltismul intestinului gros și contribuie la reglarea tranzitului.

Alimentele trebuie repartizate în cel puțin trei mese pe zi, respectînd pe cît posibil orarul meselor, astfel încît să corespundă ritmului secretor digestiv fiziologic.

Dealtfel, repartizarea alimentelor ingerate într-o zi în mai multe prize este mult mai judicioasă decît dacă s-ar consuma totul la o singură masă, deoarece în această situație există pericolul depășirii greutății ideale.

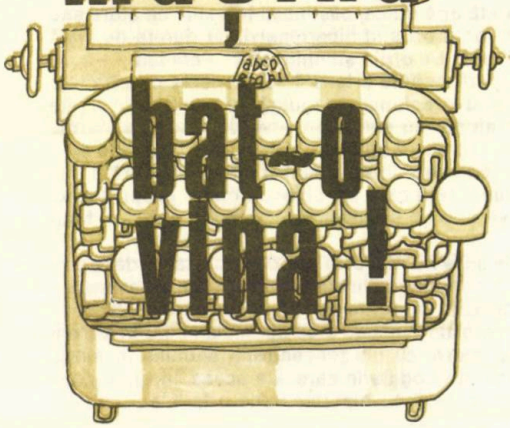
— ESTE DĂUNĂTOARE FOLOSIREA DE DIAZEPAM DE CĂTRE CONDUCĂTORII AUTO?

— La automobiliști administrarea de substanțe tranchilizante (Meprobamat, Napoton, Diazepam) este, în general, dăunătoare. Perturbarea reflexelor condiționate și a celor necondiționate conduce la aprecieri incorecte ale distanței, vitezei de deplasare, precum și la întîrzierea acționării pedalei de frînă. Prelungirea timpului scurs de la vederea unui obstacol și pînă la darea comenzii de frînare, punerea în mișcare cu întîrziere a mușchilor și articulațiilor membrelor inferioare, întîrzierea ridicării piciorului de pe pedala de accelerație și acționarea pe cea de frînă constituie dezavantaje pe care le produc substanțele tranchilizante la persoanele care conduc autovehicule, chiar și numai ocazional. În plus, dismetria (disproporția dintre amplitudinea mișcărilor efectuate și necesarul mișcării respective) face ca în acționarea pedalelor să intervină un grad de nesiguranță care, în unele cazuri, poate fi periculoasă.

Dacă mai avem în vedere și faptul că acest conducător auto nu se poate bucura de frumusețile peisajului pe care-l parcurge, fiind sub influența medicamentelor, avem în față întregul tablou, adevărata dimensiune a dezavantajelor produse de folosirea substanțelor tranchilizante.

dr. **Emil Popescu**

mașina bat-o vina!



Prietenul meu, doctorul Medicescu, a scris o broșură de educație sanitară. După ce și-a dactilografiat singur manuscrisul, mi l-a adus să-l citesc și eu. De aceea, vă redau cîteva din recomandările făcute în lucrarea sa:

● Unul dintre cele mai cunoscute ceaiuri medicinale este ceaiul de **lei...**

● La răceală, se indică o frecție cu **spirit** sanitar...

● Medicamentele sînt sub formă de **picturi, caschete** sau **tabiete...**

● Iarna, copiii trebuie îmbrăcați **ros,** pentru a-i feri de **cer...**

● Este bine să se consume pîine **prășită** în **cotorul** de aragaz...

● Bolnavii de hepatită **epidermică** se vor alimenta cu brînză de **raci,** iar în primele zile nu vor primi nici un fel de **cîine...**

● Regimul constă din mîncăruri fără carne de **viță,** adică gătite numai cu legume ca: fasole **groasă, fire** de cartofi etc. ...

● Pentru comprese, apa să fie la temperatura **cămării.**

● În spital, nu sărutați bolnavii pe **gută,** întrucît le puteți da **microni...**

● Unele injecții se fac **intraveros,** prin **vană,** medicamentul ajungînd mai repede în **organist...**

● În caz de arsură, se toarnă **tulei** de floarea-soarelui...

● La dureri de **țap,** se indică **piramidonele** și **arhinevralgicele...**

● Camera bolnavului va fi mereu **urată,** fără praf.

● În primele zile, băile de **boare** nu pot depăși un sfert de **horă,** pentru a obișnui treptat corpul cu **ratele** soarelui...

● Suferinzii de stomac trebuie să mănînce **fes,** dar puțin...

● Și totuși hernia de **risc** este vindecabilă...

● Iarna cînd este **polen** pe stradă, se poate aluneca ușor, dacă nu s-a presărat cenușă pe **sos...**

● De obicei, picăturile se iau cu puțină **ață...**

● În convalescență, se recomandă supă de **cui,** în care se pune **țeapă** tăiată, cartofi și **felină...**

● Anumiți țînțari sînt purtători de febră **trifoidă...**

● Este bine ca apa să se bea după **casă** și nu între **țelurile** meniului...

● Acalorul se indică împotriva **zebrei...**

● În încheiere, **pitiți** atent pagină cu pagină, deoarece broșura este de un real **colos** pentru **roți.**

V.D. POPA

CĂUTATE ȘI GĂSITE

— Am fost la doctor și mi-a dat ceva pentru gît.
— Ce anume, vreo gargară ?
— Aș, un colier de perle veritabile.

*

— De ce automobiliștii aleargă așa de repede?
— Fiindcă au viața scurtă !

*

— De ce ești necăjit, doctore?
— Am pierdut doi pacienți.
— Au decedat?
— Nu, s-au făcut singuri sănătoși.

*

— Este adevărat că oamenii însurați trăiesc mai mult decît celibatarii?
— Nu trăiesc mai mult, dar li se pare viața mai lungă.

*

— Eu cînd sînt bolnav nu chem doctorul, folosesc agenda medicală.
— Ai să mori din cauza vreunei greșeli de tipar!

*

— Da, draga mea, doctorul pretinde că prostia, ca și inteligența, este ereditară și în ceea ce mă privește, îl cred.
— Nu e frumos să-ți vorbești de rău părinții.

Gheorghe Grosu

HOMEOPATIA

În evoluția istorică a medicinii, învățătura și terapia sa — ca știință a vindecării — au urmat cursul transformărilor social-culturale și economice ale societății, care i-au creat condiții pentru progresul teoretic și tehnic.

Milenii întregi, medicina a fost dominată de diverse concepții pînă cînd, cu două secole în urmă, pe baza explorărilor făcute în biologie și patologie, se fundamentează științific. Datorită acumulării unor experiențe terapeutice generalizate în principii de diverse școli medicale, s-au putut defini două principii terapeutice fundamentale, ca metode în practica vindecării.

Hipocrate, părintele medicinii, le-a enunțat prima dată astfel: similarele se vindecă prin similare, iar contrariile se vindecă prin contrarii. Primul, este principiul pe care se fundamentează, teoretic și practic, homeopatia. Ea face apel la propriile reacții și resurse biologice ale organismului, ca să se autoregleze și să-și compenseze funcțiile alterate sau pierdute, conform legilor care dirijează vindecarea naturală, spontană a ființelor, fără intervenții terapeutice raționale. Al doilea principiu, enunțat tot de Hipocrate, este cel al vindecării prin contrarii: febra este combătută prin comprese reci, spasmul prin antispastice etc. Acest principiu corespunde concepției prin care organismul omenesc este considerat o sumă, un aglomerat de organe, țesuturi și celule, iar terapia este orientată local, pe organe și sisteme celulare. În opoziție cu acest principiu, cel al similitudinii corespunde unei concepții sintetice despre fiziologia și patologia omului sănătos sau bolnav, considerînd organismul ca un tot unitar, care funcționează și reacționează ca un sistem unic.

Hipocrate a utilizat, în raport cu starea clinică a bolnavului, ambele metode terapeutice, ceea ce este în vigoare și actualmente în medicina clasică, în care, alături de principiul contrariilor, cel al similitudinii (homeopatic) este reprezentat prin vaccinări, seroterapie, endocrinoterapie etc. Așadar, homeopatia se bazează exclusiv pe principiul similitudinii, principiu care a evoluat și și-a îmbogățit de-a lungul secolelor conținutul conceptual pînă la apariția medicului saxon Samuel Hahnemann (1755—1843), care a trăit la Sibiu între anii 1777—1779, ca medic și secretar al baronului Bruckenthal — guvernatorul Transilvaniei. Astfel, a avut posibilitatea să se inspire, pentru formularea concepțiilor sale homeopatice, din medicina populară.

Hahnemann a avut marele merit de a confirma o ipoteză de lucru, enunțată de Hipocrate: «similarele se vindecă prin similare», printr-o metodă riguros experimentată științific. El a demonstrat, prin experiențe făcute pe oameni sănătoși, avînd fiecare o reactivitate fiziologică specifică nealterată de agenții patogeni, că administrîndu-le o anumită substanță li se pot provoca simptoame caracteristice acesteia. Administrată apoi omului bolnav, în caz că boala sa prezintă simptoame asemănătoare cu cele produse la omul sănătos, respectiva substanță determină o reacție de vindecare. În acest mod, s-a creat o metodă de interpretare a bolilor și a bolnavilor, care a impus ca o necesitate individualizarea în cadrul patologiei de care suferă și deci și în cadrul terapiei. Așadar, procesul de individualizare a bolnavului constituie principala condiție pentru asigurarea eficienței medicamentelor homeopatice.

Homeopatia are o existență de 170 de ani și această longevitate confirmă valoarea teoriei și practicii homeopatice ca pe un adevăr științific indiscutabil, care a rezistat la proba timpului.

Pentru explicarea fenomenelor, homeopatia se bazează pe datele clinicii medicale clasice și ale științelor ajutătoare ale medicinii: fizica,

biochimia, biofizica, biologia, antropologia, psihologia, sociologia, cibernetica etc.

Caracterul particular, specific, al medicamentului homeopatic este în raport cu starea de reactivitate a organismului bolnav, care în terapia homeopatică se definește pe baza totalității simptoamelor bolnavului pe plan psihic, funcțional și organic. Medicamentul homeopatic este eficient atunci cînd, administrat experimental la oamenii sănătoși, prezintă aceleași simptoame cu cele ale omului bolnav. De aceea, medicul homeopat trebuie să individualizeze pe bolnav printr-o metodologie de interpretare foarte laborioasă, stabilită de Hahnemann. Individualizarea bolnavilor în raport cu medicamentul specific homeopatic este deci o condiție absolut necesară, care nefiind îndeplinită, medicamentul homeopatic nu poate fi activ și eficient.

Medicamentul homeopatic este un excitant slab, deoarece este diluat, folosindu-se în doze foarte mici (infinitezimale). De aceea, el nu poate fi eficient decît numai în anumite condiții de labilitate funcțională a organismului.

Fenomenul de receptivitate a organismului față de acțiunea farmacodinamică a medicamentului, care acționează ca un excitant foarte slab, se datorește sensibilității organismului. Această sensibilitate specifică poate fi genetică (ereditară) sau dobîndită (biotizică, biochimică, pe calea reflexelor condiționate). Ea se dobîndește printr-o reacție crescută a unor centri nervoși, la care pragul de excitabilitate a scăzut sub cel normal.

Pentru evitarea reacțiilor de tip alergic și advers, produse de medicamentul similar în concentrație mare, Hahnemann a diluat în mod progresiv medicamentele homeopatice, depășind chiar și limita divizibilității materiei (după Avogadro), pînă ce reacțiile alergice au fost atenuate. Eficiența terapeutică a medicamentelor homeopatice a rămas în schimb intactă, dar numai cu condiția existenței specificității sale față de sensibilitatea organismului.

În cazul terapiei medicamentoase clasice, datorită efectului toxic specific față de procesul patologic, care poate să crească odată cu administrarea unor doze progresive sau a repetării acestora, se lărgește zona de atac asupra celulelor, țesuturilor și organelor sănătoase, într-un cuvînt crește agresivitatea medicamentului, fapt care se întîmplă în mod curent în zilele noastre.

Pe această cale este posibilă explicarea dezvoltării patologiei medicamentoase. Riscurile date de medicamentele moderne foarte active, dar și nocive, reprezintă reversul medaliei pentru progresul tehnic al medicinii, care a modificat patologia, psihologia medicului, a bolnavului și metoda terapeutică.

Polipragmazia și automedicația cu efectele lor iatrogene și teratogene sînt combătute pe plan mondial și național prin acțiunea de «farmacovigilență» întreprinsă de O.M.S., la care homeopatia poate contribui direct, combătînd efectele adverse ale medicamentelor moderne și, indirect, completînd arsenalul terapeutic prin medicamente homeopatice, care pot înlocui pe cele eliminate, ca fiind nocive, din repertoarele terapeutice.

Terapia homeopatică s-a aplicat cu rezultate remarcabile la persoanele care au prezentat intoleranță la medicamentele clasice, la persoanele al căror organism nu a fost receptiv față de aceste medicamente. Dezvoltarea patologiei medicamentoase, datorită fenomenelor secundare pe care le prezintă multe din medicamentele preparate pe cale chimică, a făcut să se recurgă, în unele cazuri, la medicamentul homeopatic, lipsit de toxicitate și de nocivitate, cu condiția respectării metodologiei de lucru și de colaborare cu celelalte ramuri ale medicinii, și aceasta, pentru ca bolnavii să nu fie frustrați de toate posibilitățile terapeutice. În acest fel, s-a reușit, în bună măsură, să se redea societății un număr de bolnavi cronici nerecuperabili prin terapia medicamentoasă curentă.

dr. **Tiberiu Ionescu**

CONJUNCTIVITA sau CONJUNCTIVITE

Conjunctivitele sînt, fără îndoială, afecțiuni din cele mai frecvente în patologia oculară. Ele constau în inflamația c o n j u n c t i v e i, membrană mucoasă anexă a globului ocular, care căptușește pleoapele pe fața lor posterioară și parțial globul ocular, pînă la cornee.

Avînd această dispoziție anatomică, conjunctiva este expusă la numeroase agresiuni exterioare, prin contactul său larg cu mediul ambiant, în tot timpul cît fanta palpebrală este deschisă; mai mult, acest contact se realizează și pe o cale mai puțin directă, dar nu de neglijat, și anume prin căile lacrimale, conducte prin care lacrimile se scurg în mod normal, din sacul conjunctival, în cavitatea nazală. Deși există în mod natural condiții de protecție a mucoasei conjunctivale împotriva agresionilor externe, totuși, uneori, elementele de apărare nu-și pot îndeplini rolul în totalitate. Atunci apare îmbolnăvirea conjunctivei, care se manifestă clinic, cel mai adesea, sub formă de c o n j u n c t i v i t ă.

Este conjunctivita o boală unică? Putem vorbi de o s i n g u r ă c o n j u n c t i v i t ă, sau de forme variate, mai corect spus, de c o n j u n c t i v i t e ?

Fiind moduri de reacție ale aceluiași organ, este firesc ca unele caractere să se întîlnească în toate formele. Astfel, conjunctivita se manifestă de regulă prin: congestia mucoasei (uneori cu aspect de catifea roșie), secreție (cel mai adesea opalescentă, de culoare albă-gălbui sau verzui, uneori aerată ca spuma, alteori groasă ca niște adevărate membrane), senzație de «nisip în ochi» și lăcrimare. Fotofobia (dificultatea de a suporta lumina) nu reprezintă un semn pur de conjunctivită, prezența ei demonstrînd o complicație cu leziuni corneene, ceea ce necesită consultarea neîntîrziată a unui specialist.

Există o mare varietate de conjunctivite, care se datoresc unor cauze la fel de variate. Cînd sînt produse de microbi sau inframicrobi infectanți, putem vorbi de conjunctivite bacteriene, micotice sau infrabacteriene (virale). Diferiți cercetători din întreaga lume au apreciat că, în prezent, aproximativ 65% din conjunctivite sînt bacteriene și 35% virale. Dintre cele bacteriene, majoritatea (70—80%) au fost identificate ca fiind produse de stafilococi în asociere sau nu cu alți germeni.

Sînt însă unele conjunctivite care apar ca fenomene de sensibilizare la cauze foarte diferite (conjunctivite alergice). Există o gamă variată de alergene, provenite din mediul extern ca, de exemplu: polen, substanțe chimice, praf, păr de animale etc. sau produse în interiorul organismului, cum sînt toxinele deversate în circulația sanguină, de către bacilii tuberculoși încă activi, în cursul infecției tuberculoase.

Pe măsura poluării macro- și microclimatului, apar conjunctivite toxice sau iritative, datorate unor agenți chimici sau fizici, cu acțiune de obicei directă asupra mucoasei. În această categorie se includ și conjunctivitele provenite în urma folosirii cosmeticelor necorespunzătoare sau aplicate necorespunzător, cele datorate instilării — adesea fără rost — a unor substanțe medicamentoase, cele datorate fumatului sau condițiilor de trai în atmosfera viciată etc. Este de reținut faptul că aceste iritații cronice slăbesc capacitatea de apărare a conjunctivei, astfel încît bacteriile saprofite (cele ce nu produc boala), care se află de obicei pe conjunctivă, pot deveni patogene, declanșînd inflamația septică.

Dintre numeroasele forme de conjunctivită, unele ne reținem în mod deosebit atenția. Dintre acestea citățm: conjunctivita gonococică a nou-născutului, formă de mare gravitate, care se datorește infectării în timpul nașterii, de obicei de la mama bolnavă. Astăzi însă boala este prevenită prin controlul gravidelor și prin măsurile de profilaxie locală, obligatorii la fiecare naștere. Conjunctivita granuloasă (trahomul) afectează încă un număr imens de oameni; la noi în țară, această boală cu urmări severe a fost eradicată de cîteva decenii. Conjunctivitele virale, produse de virusuri APC (adenofaringoconjunctivale), care însoțesc virozele respiratorii, de obicei nu prezintă gravitate, iar uneori dispar fără tratament, odată cu vindecarea rinofaringitei; totuși, s-au constatat forme grave, cu leziuni corneene, în cadrul unor epidemii. Conjunctivitele banale, adesea stafilococice, reacționează prompt la tratament, fără urmări ulterioare.

În afara formelor menționate, sînt unele conjunctivite contractate de turiști, mai ales pe litoral, unde helioterapia și modificările metabolice induse de cura heliomarină afectează, pe moment, puterea de apărare a pielii și a mucoaselor, la care se adaugă și abateri de la unele norme de igienă personală, mai frecvente în condițiile de turism și aglomerări umane. Există forme de conjunctivită care se întîlnesc frecvent la conducătorii auto, localizate în special la ochiul stîng, deoarece circulînd cu geamul din față stînga deschis, recepționează curentul de aer cu pulberi iritante și infectante. Conjunctivita de piscină este o viroză fără gravitate finală, dar foarte neplăcută și de lungă durată (cîteva săptămîni). Printre numeroasele forme de conjunctivită se numără și conjunctivita sau, mai degrabă, «oftalmia» de zăpadă, care este o reacție a conjunctivei și corneei (în expunerile prelungite este implicată și retina), afectate de luminozitatea deosebit de intensă a zăpezii înălțimilor montane, lumină ce conține și o mare cantitate de raze ultraviolete. La expuneri scurte, ea nu prezintă gravitate; totuși este bine să o prevenim, purtînd ochelari cu retenție puternică sau instilînd în ochi colire ce conțin substanțe filtrante pentru radiații.

Ce trebuie să facem în condițiile apariției unei conjunctivite? De la început trebuie să precizăm că există aproape tot atîtea tratamente, cîte feluri de conjunctivite, și anume, în funcție de agentul cauzal, de condițiile de producere, de simptoamele prezentate. Desigur, unele forme foarte ușoare trec singure; altele, cum este cazul catarurilor stafilococice mai simple, trec după instilarea unui antibiotic cu spectru larg. Aceste situații tentează pe unii bolnavi să creadă că este corect dacă se recurge la procedeul menționat fără a consulta în prealabil medicul. În realitate, conjunctivitele trebuie diagnosticate de specialist, determinată cauza și agentul terapeutic cel mai eficient (adesea prin tehnici de laborator). Nu o dată, instilarea unor produse antiseptice, antibiotice sau cortizonice, fără avizul specialistului, a dus la complicații de sensibilizare, la apariția de micoze sau la agravări datorite întîrzierii în instituirea unui tratament adecvat.

Față de multitudinea de forme pe care le îmbracă conjunctivita, ne punem întrebarea: n e p u t e m t r a t a s i n g u r i? Răspunsul este limpede: să utilizăm măsurile de igienă generală, pentru a o preveni; dar dacă boala s-a manifestat, numai specialistul este în măsură să stabilească un diagnostic corect și să recomande tratamentul cel mai eficient.

dr. **I.I. Glăvan**
Clinica oftalmologică „Colțea"

arsurile OCULARE

Între accidentele oculare, arsurile reprezintă un procent foarte important, mai ales prin gravitatea urmărilor, scăderea importantă sau chiar pierderea vederii, la care se mai adaugă și un aspect estetic dezagreabil al feței, dacă arsurile au fost grave.

Arsurile oculare se pot datora unor cauze termice, chimice, prin iradiație luminoasă sau prin curent electric.

Arsurile termice sînt produse de agenți a căror temperatură este ridicată (lichide fierbinți, vapori de apă, metale incandescente sau topite, gaze care se degajă în timpul exploziilor etc.). Gradul arsurii depinde de temperatura agentului și de durata acțiunii asupra țesuturilor globului ocular. Ca și arsurile cutanate, arsurile fizice oculare au trei grade de intensitate, după întinderea și profunzimea leziunii. Astfel, în arsurile de gradul I, se observă o hiperemie conjunctivală (înroșire) și o opalescență moderată a corneei, însoțită de dezepitelizări fine, care se vindecă în cîteva zile, aplicîndu-se pomezi cu antibiotice (aureociclină, cloramfenicol) și pansament ocular. În arsurile de gradul II, se observă mici vezicule pe conjunctivă, iar corneea prezintă dezepitelizări întinse și adesea escare fine. Și acestea se vindecă destul de repede, prin aplicarea pomezilor amintite, pansamentul fiind și aici obligatoriu. În arsurile de gradul III, conjunctiva, corneea, uneori și sclera, prezintă pierderi mari de substanță (necroze), care pot duce la perforații imediate sau tardive, după eliminarea țesuturilor necrozate. Tratamentul arsurilor de

gradul III are în vedere, în primul rînd, prevenirea infecțiilor și combaterea stării generale de șoc. Dacă există pericolul perforării membranelor oculare, bolnavul va fi transportat de urgență într-un serviciu de specialitate.

Arsurile chimice. Factorii chimici pot provoca o întreagă gamă de leziuni, mergînd de la ușoare descuamări ale epiteliului conjunctival sau corneean și pînă la distrugerea totală, prin necroză, a țesuturilor oculare. Efectul asupra țesuturilor depinde de felul agentului chimic, de concentrație și de durata de acțiune. Astfel, acizii (sulfuric, clorhidric, azotic etc.) coagulează albuminele din țesuturi, acțiunea lor corozivă diminuînd din cauza acestei bariere și, de aceea, efectul lor maxim se produce numai în momentul contactului lor cu țesuturile. Totuși, arsurile cu acizi pot fi foarte grave, ducînd la cicatrice vicioase ale pleoapelor, leucom corneean (albeață) sau chiar la pierderea globului ocular. Substanțele bazice lichefiază albuminele cu care vin în contact (necroză de colicvație), dizolvîndu-se în lichidele tisulare, de unde difuzează mai departe în organism, continuîndu-și acțiunea caustică un timp îndelungat după accident. Așadar, arsurile produse de baze (var, sodă caustică, amoniac, carbid etc.) sînt mai grave decît cele produse de acizi. Leziuni grave pot produce și substanțele colorante pe bază de anilină. Așa, de exemplu, sînt binecunoscute efectele distrugătoare ale creionului chimic, atunci cînd a venit în contact cu țesuturile oculare. Acestea se colorează intens și rapid, coloratie care se extinde, producînd uneori necroze supurate, ulcerații corneene grave și întinse. Leziuni deosebit de grave poate să producă varul stins sau nestins, chiar în diluții mari, mai ales atunci cînd este proiectat în ochi sub formă de jet puternic.

Primul ajutor în caz de arsuri chimice trebuie acordat imediat, ridicîndu-se, prin tamponare cu vată, lichidul și particulele de substanță care, eventual, s-ar mai afla în fundurile de sac conjunctival (sub pleoape). Apoi se vor face spălături abundente ale ochiului, cu ser fiziologic sau apă de robinet, pentru a îndepărta resturile de acizi sau alcali din sacul conjunctival (de sub pleoape), de pe pielea pleoapelor și a feței. Dacă asistența medicală este acordată imediat după accident, se poate face și neutralizarea substanțelor caustice cu o soluție acidă slabă (acid acetic soluție 4‰) în cazul arsurilor cu baze și cu soluții alcaline diluate (bicarbonat de Na 2%), în cazul arsurilor cu acizi. Pentru neutralizarea bazelor se poate utiliza și soluția de tanin 5%. Creionul de anilină (creionul chimic) se neutralizează cu soluție de apă oxigenată 3%, atingînd cu un tampon de vată muiat în apă oxigenată, pînă cînd dispare culoarea violacee pe care o iau țesuturile. De asemenea, se mai poate utiliza și soluție de tanin 5% sau vitamina C fiole, în instilații dese și injecții subconjunctivale. Este foarte important ca în toate locurile de muncă (uzine chimice, laboratoare etc.), unde se lucrează cu substanțe caustice, în trusa de urgență să se găsească în cantități suficiente soluțiile neutralizante amintite, vizibil etichetate, spre a putea fi folosite la nevoie. După această terapeutică sumară, se va aplica un unguent cu antibiotice în fundurile de sac conjunctivale. Dacă leziunile necrotice sînt întinse și profunde, după îngrijirea de urgență conform recomandărilor de mai sus, bolnavul va fi transferat la spital, în cel mai scurt timp posibil, sub un pansament binocular.

Arsurile termochimice cu fosfor au un caracter deosebit. Particulele arzînde de fosfor, căzînd pe țesuturi, continuă arderea. Se va îndepărta imediat fragmentul de fosfor cu o pensă sau un jet de apă, după care se vor face spălături cu soluție de sulfat de cupru 1%. Nu se vor folosi pansamente grase, ci se vor face instilații dese cu soluție de bicarbonat de sodiu 2%, pînă cînd este posibilă transportarea bolnavului într-un serviciu de specialitate.

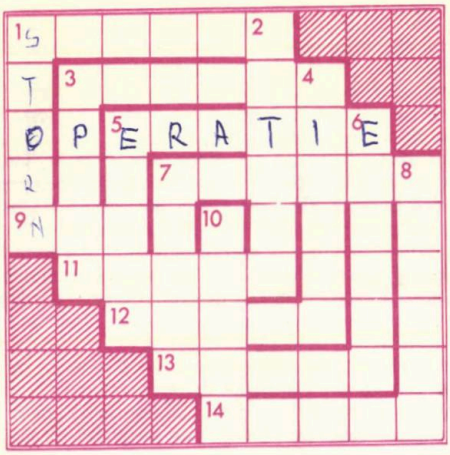
Arsuri prin iradiație de lumină. Razele ultraviolete își exercită acțiunea nocivă asupra straturilor superficiale ale ochiului — conjunctiva și în special corneea — și, de aceea, în tratamentele efectuate cu raze ultraviolete se recomandă ochelari protectori. Raze vătămătoare pot emana și de la arcul voltaic (sudură electrică), în care caz muncitorii care lucrează cu aparate de sudură sînt, de asemenea, obligați să poarte ochelari de protecție. Arsuri se mai pot produce frecvent și la începutul primăverii — așanumita «oftalmie de zăpadă» — cînd soarele strălucește puternic, iar pămîntul este acoperit de zăpadă sticloasă la suprafață, care reflectă o cantitate foarte mare de raze ultraviolete. De asemenea, înălțimile înzăpezite ale munților, într-o zi însorită, produc aceleași fenomene. Primele simptoame apar la 4—6 ore de la iradiere, cu dureri oculare puternice, lăcrimare, fotofobie, blefarospasm.

Prevenirea acestor tulburări se face prin purtarea ochelarilor fumurii de protecție, iar dacă simptoamele oftalmiei au apărut, se instilează soluție de xilină 1% sau novocaină 1% și se aplică comprese reci pe pleoape (apă sau soluție de acid boric 3%). În plus, bolnavului i se vor administra sedative generale, va fi ținut la întuneric sau, eventual, i se va aplica un pansament binocular. În caz de leziuni ale epiteliului corneean, se instilează 1—2 picături de vitamina A uleioasă, ulei de vaselină sau parafină, sau o pomadă cu antibiotice. Pansamentul nu este necesar. Din cauza fotofobiei puternice, bolnavul va trebui să fie ținut într-o cameră întunecoasă.

Aceste prime îngrijiri care se aplică în caz de arsură oculară au o importanță deosebită pentru evoluția ulterioară a urmelor lăsate de aceste grave traumatisme. În multe cazuri, recăpătarea vederii depinde de primul ajutor corect acordat.

Dr. F. BOERAȘ, doctor în științe medicale

FANTEZIE PUR MEDICALĂ



ORIZONTAL: 1) Ieșirea intestinului subțire din peritoneu (pl.). 3) Descoperitorul ribozomilor. 5) A îndepărta pe cale chirurgicală un țesut sau organ, în parte sau în totalitate. 7) Ansamblul oaselor extremității cefalice (pl.). 9) Slăbiciune însoțită de tuse (pop.). 11) Bază purinică asemănătoare cafeinei, care se găsește în frunzele de ceai. 12) Stare patologică manifestată prin greutate în respirație. 13) Cale sau drum în anatomie. 14) Aparat pentru sterilizare sau deparazitare.

VERTICAL: 1) Os situat deasupra laringelui. 2) Care există numai în mintea omului. 3) Peretele superior al cavității bucale. 4) Stare de frică și anxietate, care apare la copii, influențînd somnul, apetitul și funcțiile excretorii. 5) Termen folosit în anatomie pentru formațiuni care se intersectează (anastomoze arteriale, venoase, nervoase etc.). 6) Cu comportări anormale. 7) Tumoare benignă cu conținut diferit. 8) Ansamblu de reguli și măsuri practice pe care le respectăm pentru a ne păstra sănătatea. 10) În mijlocul.

Dr. Nicolae Andrei

N.B. La o dezlegare corectă, literele din pătrățelele numerotate, citite în ordinea cifrelor, vor da o tulburare funcțională, care se manifestă prin creșterea excesivă a HCl din secreția gastrică, întîlnită în gastrite, ulcer duodenal.

DOCTORUL? ce-mi pasă mie

Nouăzeci de chile are
Neli, vecinica mea
Și nu uită, cum se pare,
Să-și ascundă... cîteva.

Are-o poftă de mîncare,
C-ar mînca cu zece guri
Și-ar băga în fiecare
Cîte zece prăjituri.

Astăzi, în cofetărie,
Am privit-o insistent.
Bustul, pînă la bărbie,
Pîntecul, proeminent.

Se așează-nfometată,
Legănîndu-se greoi
Și comandă dintr-odată
Zece prăjituri de soi.

Vînzătoarea o servește,
Pregătindu-i un carton,
Însă Neli o oprește
Glăsuind: «vă rog, pardon!

Nu le voi lua acasă
Pofta să mi-o întrerup.
Pune-le aici, pe masă,
Am o foame ca de lup!

Doctorul, deși-mi prescrie
Doar iaurturi și spanac,
Treaba lui, ce-mi pasă mie,
Parcă știe el ce fac»?

Intru-n vorbă cu vecina,
Ce mînca privind în gol...
— «Doctorul, nu poartă vina
Dacă faci... colesterol!

Ea mănîncă și transpiră,
Parcă nici n-a priceput.
Apetitul ei mă miră...
— «Glicemia, ți-ai făcut?»

Pîn' s-o mai întreb o dată
Și să-i dau un sfat mai bun,
Se rostogolește lată
Cu un zgomot, ca de tun!

Sar clienții, mic și mare,
Alarmați îngrozitor,
Se-ntrec, care mai de care,
Să-i dea primul ajutor.

Unul, pulsu-i ia la mînă,
Altu-i face un masaj,
Ea frînturi de vorbe-ngînă
Și mai capătă curaj.

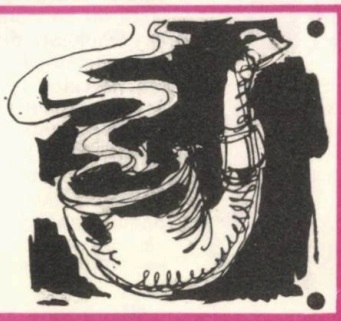
Un regim strict vrînd să-nceapă,
Printre lacrimi lung suspină:
— «Dați-mi un pahar cu apă,
Dar întîi ...o savarină»!

DOBRIȚA IANCU

EPIGRAME • EPIGRAME...

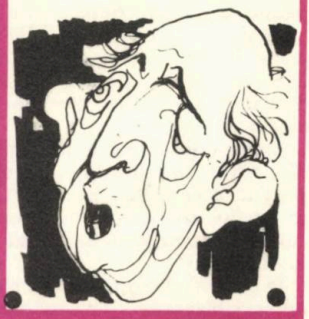
INCORIGIBILUL

Vrînd să spele într-o clipă,
Cu avînt suprem ocara,
A dat dracului ţigara
Şi... s-a apucat de pipă...



LOGICĂ

Nu trebuie să fim surprinşi
Că-n vorbăria lor suspectă,
Şi sclerozaţii sînt convinşi
Că au o logică perfectă...

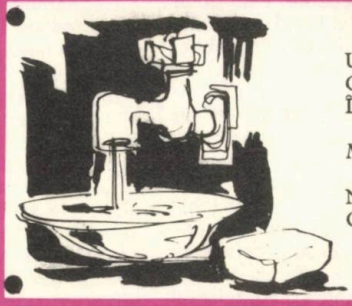


UNUI PLETOS

De ce-l batjocoriţi, făpturi proclete?
Ce vină are el că răii zei,
Acolo unde alţii au idei,
Lui i-au lăsat să-i crească numai plete?

UNUIA CERTAT CU IGIENA

Cînd îţi contemplu coama leonină,
Mă-ncearcă o idee năzdrăvană:
Aşa prosperă orice buruiană,
Cînd are mult gunoi la rădăcină!



UNOR COLOCATARI GĂLĂGIOŞI

În blocul nostru de-ar pica plocon
Morfeu cel blînd, în carne şi în oase,
N-ar reuşi să tragă aghioase,
Chiar de-ar mînca un tub de Napoton!

CHIULANGIULUI

E pacientul ideal:
De boală singur se dezbară!
La medic n-a venit să ceară
Decît concediu medical...

SORIN PAVEL

mai constituie **bolile venerice** o problemă ?

Iată o întrebare la care sperăm că veți putea răspunde singuri după ce veți citi acest articol.

Bolile venerice au fost denumite astfel după zeița romană Venus, zeița dragostei, sublinindu-se că, în imensa majoritate a cazurilor, transmiterea lor se face pe calea raporturilor sexuale.

Motivul pentru care contaminările pe alte căi sînt atît de rare rezidă în faptul că microbii care produc aceste boli sînt foarte puțin rezistenți în mediul exterior, ei fiind distruși în cîteva minute prin contact cu aerul sau cu cele mai slabe antiseptice.

În general, din grupa bolilor venerice fac parte: sifilisul, blenoragia sau gonoreea, șancrul moale și limfogranulomatoza inghinală benignă sau boala Nicolas-Favre. Dintre acestea, cele două din urmă sînt aproape dispărute. Fiind provocate de microbi diferiți, ele au manifestări deosebite, singurul factor care le apropie fiind modul de transmitere.

Sifilisul (luesul) debutează după 21—25 de zile de la raportul sexual cu o persoană bolnavă, printr-o mică rană nedureroasă, denumită șancrul sifilitic sau șancrul tare, situată în zona organelor genitale, acolo unde se localizează microbii **(spirochaeta pallida)**. Aceasta este perioada primară. După 40—50 de zile, microbii, care s-au înmulțit foarte mult în șancrul sifilitic, trec în sînge și sînt împrăștiați în întreg organismul (perioada secundară), provocînd pe piele diverse tipuri de erupții: pete roșii, leziuni proeminente acoperite sau nu de scuame, răni superficiale (eroziuni) sau profunde (ulcerații) etc.

Începînd de la jumătatea perioadei primare, prezența spirochetelor în organism poate fi pusă în evidență, pe lîngă semnele descrise, și printr-o analiză de sînge cunoscută sub denumirea de reacția Wassermann.

Perioada secundară a sifilisului durează doi ani, în care erupțiile menționate se succed unele după altele. După doi ani, boala intră în perioada terțiară, caracterizată prin răni adînci, distructive, localizate pe piele sau în organe. Mai tîrziu însă, microbii invadează și sistemul nervos.

Dar evoluția sifilisului la cazurile nediagnosticate și deci nesupuse unui tratament de specialitate nu se oprește aici. Infecția sifilitică duce la complicații din ce în ce mai grave. Îmbolnăvirea sistemului nervos poate da paralizii, atacarea nervului optic cu orbire, atacarea nervului acustic cu surzenie, precum și o formă de adevărată nebunie, denumită paralizia generală progresivă, cînd se pot comite orice fel de acte de iresponsabilitate. De asemenea, pot apărea distrucții osoase și, ceea ce este și mai grav, boala poate fi transmisă de o mamă bolnavă copilului său, pe care îl naște cu diverse malformații sau, neputînd duce sarcina pînă la termen, îl avortează.

Blenoragia sau gonoreea este o îmbolnăvire a canalului urinar și se manifestă printr-o secreție de culoare gălbuie-verzuie, însoțită de arsuri și de dureri, mai ales în timpul urinării. Netratată, boala progresează spre vezica urinară și spre organele genitale superioare (uter, trompe, ovare — la femeie; epididim, testicul — la bărbat).

Prin îmbolnăvirea prostatei, așezată în jurul canalului urinar, la bărbat se produce o inflamație cronică, avînd ca urmare, în unele cazuri, apariția, după ani de zile, a unui cancer al acestei glande. Atacarea testiculilor poate duce la sterilitate. La femei însă, prin infectarea organelor genitale superioare se pot produce metrite, salpingite etc., afecțiuni însoțite de dureri, scurgeri, usturimi, ce duc adesea la sterilitate.

Cunoscînd, așadar, căile de transmitere și complicațiile grave pe care le pot genera bolile venerice neglijate și netratate la timp, putem afirma că ele pot constitui un mare pericol social.

În fața acestei situații, forurile medicale nu sînt indiferente. Pe de o parte, se încearcă, prin mijloace cît mai variate, să se arate populației, tinerilor în special, pericolele pe care le reprezintă aceste boli atunci cînd nu sînt diagnosticate și tratate la timp de către unități medicale de specialitate, iar pe de altă parte, în diverse ocazii, se practică examinări clinice și de laborator, pentru descoperirea acelor bolnavi care n-au observat singuri că au contractat boala și deci nu s-au prezentat la medic. În acest sens citățm: examinările și analizele făcute cu ocazia angajării într-un serviciu nou, cu ocazia căsătoriei, la gravide, la elevii care se înscriu la facultate, la anumite grupe de populație mai expuse (controlul periodic antivenerian) etc.

O metodă foarte eficientă, care duce la descoperirea multor cazuri de îmbolnăviri, este așanumita anchetă epidemiologică, în care bolnavul de sifilis sau blenoragie este întrebat despre persoanele cu care a avut raporturi sexuale înaintea apariției semnelor de îmbolnăvire, pentru a putea descoperi sursa de infecție, precum și despre persoanele cu care a avut raporturi sexuale după îmbolnăvire, adică despre persoa-

nele pe care el a putut să le îmbolnăvească, neştiind că este bolnav (contacţii sexuali). Este, aşadar, lesne de înţeles că dacă depistăm persoana de la care provine boala (sursa de infecţie) şi persoanele care s-au putut îmbolnăvi de la acest caz (contacţii), şi îi supunem unui tratament corect, focarul respectiv este stins, adică nu mai pot apărea alte îmbolnăviri. La fel de lesne de înţeles este şi faptul că un singur contact sau un izvor de îmbolnăvire nedescoperit şi netratat continuă să producă noi îmbolnăviri la persoanele cu care are raporturi sexuale.

Din cele prezentate, putem aprecia că ancheta epidemiologică constituie una din cele mai eficiente metode în lupta pe care o ducem împotriva bolilor venerice şi că **bolnavului îi revine un rol foarte important** în această luptă. Dar, din păcate, nu toţi bolnavii înţeleg acest lucru; unii ascund o parte din legăturile lor sexuale, fără a ţine seama de gravele urmări ce pot surveni.

De remarcat că bolile venerice pot fi evitate cu destulă uşurinţă, dacă se iau o serie de măsuri profilactice, cum ar fi: urinarea imediat după raportul sexual; spălarea cu apă şi săpun a organelor sexuale; folosirea prezervativelor şi a unor dezinfectante.

În ceea ce priveşte tratamentul, trebuie ştiut că astăzi există suficiente medicamente care garantează o vindecare definitivă, cu condiţia ca bolnavul să se prezinte la serviciul de dermatovenerologie cît mai curînd după apariţia primelor semne. Medicul dermatovenerolog este singurul în măsură să stabilească diagnosticul exact, faza de îmbolnăvire, precum şi tratamentul cel mai eficient, pe baza examenelor de laborator efectuate. În felul acesta, bolnavul este asigurat că se va vindeca şi că nu va fi expus, în viitor, gravelor complicaţii.

Aşadar, putem afirma, cu toată certitudinea, că bolile venerice nu mai constituie astăzi o problemă. Aceasta depinde numai de noi, de corectitudinea şi conştiinciozitatea cu care ne prezentăm la medic. Şi încă ceva:

Nu uitaţi! Adresaţi-vă serviciului de dermatologie imediat ce observaţi aspecte deosebite în zona organelor genitale.

dr. **AL. MINCU**

Vraciul ŞTIE TOT

S-a mutat pe scara noastră
Un grăsun înalt de-un cot,
Toată ziua la fereastră
Vede tot şi... ştie tot.

Îţi oferă cu ardoare
Ajutorul ideal,
Şi-l opreşte pe oricare
Să mai meargă la spital.

Te-ai accidentat pe stradă,
Şi ţi-ai fracturat un cot?
Nu cu ghips, ci c-o pomadă
Te repară «Ştie tot»!

Dacă te-a muşcat pisica
Şi o crezi cumva turbată,
Antirabic? Fleac! Nimica!
Pui o ceapă degerată.

O durere de măsele
Cînd te-apucă din senin,
El te scapă de belele
Cu piper şi cu pelin.

Şi îţi spune: — «Eşti neroadă,
De respecţi vechile legi.
Pentru ce să stai la coadă,
La un medic, ore-ntregi?

Tot ce-am auzit prin lume,
Ştiu să fac şi să desfac.
Nu există boală-anume,
Ca să nu-i vin eu de hac»!

Dar, cînd face cîte-o gripă
Vraciul, plin de insolenţă,
Nepierzînd măcar o clipă,
Apelează la... URGENŢĂ.

ILIE IANCU

RINOPLASTIA

chirurgie estetică și funcțională

Chirurgia corectoare și reparatoare și-a găsit loc în specialitatea de otorinolaringologie de mai multe decenii, însă acest profil a cunoscut o dezvoltare explozivă numai în ultimii 10 ani. În ultima vreme s-a dat o nouă orientare chirurgiei clasice mutilante, de exereză, către o chirurgie modernă, corectoare, reparatoare, reconstructivă. Un număr important de operații O.R.L. aparțin acestei chirurgii, care rezolvă funcțional și morfologic numeroase dismorfii congenitale, posttraumatice sau datorite unor tulburări de dezvoltare.

Cele mai frecvente solicitări se adresează chirurgiei corectoare a nasului (rinoplastia), unde competența otorinolaringologului este în măsură să dubleze intervenția morfologică cu cea funcțională la parametri optimi. Așa se explică faptul că tot mai mulți pacienți solicită, alături de rezolvarea dezideratului funcțional, ameliorări morfologice, schimbarea în bine a fizionomiei.

Chirurgia corectoare și reparatoare trebuie să țină seama de o serie de factori, dintre care se consideră majori factorii: social, moral și medical.

Mulți sînt de părere că orice indicație de chirurgie estetică are și un substrat social. De indicarea ei, de execuția tehnică și rezultatul postoperator poate să depindă o căsnicie sau o carieră, în special pentru cei care, prin specificul activității lor, vin în permanent contact cu publicul: profesori, actori, cîntăreți etc. Specialistul va avea însă în vedere: sexul, vîrsta și ocupația celui care solicită intervenția.

Pe de altă parte, o deformație la un loc vizibil poate da naștere unor complexe în stare să declanșeze veritabile psihopatii. R. Schmelcher afirmă: «un nas deformat determină totodată și o deformare sufletească». Iar Tagliacozzi, renumit chirurg al Italiei secolului al XV-lea, scria încă de pe atunci: «restaurăm sau reparăm toate părțile feței date de natură, dar răpite de soartă, mai puțin pentru a încînta vederea, cît pentru a reconforta sufletul bolnavului, pentru a-l ajuta moral».

Dar în măsura în care deformația morfologică are și consecințe asupra funcționalității organului în cauză, chirurgia corectoare se impune cu necesitate. Și dacă factorul medical reclamă o atitudine certă și apreciabilă cantitativ, ceilalți doi factori trebuie priviți în context cu întreaga personalitate a individului și cu mediul de viață.

În zilele noastre există un număr tot mai mare de solicitanți ai intervențiilor plastice, număr care sporește continuu. Și este absolut firesc și justificat ca în condițiile îmbunătățirii nivelului de viață materială și spirituală, perspectiva omului să se ridice deasupra grijilor imediate, legate de existență, și să dorească să-și procure și mulțumiri estetice, sufletești. În aceeași măsură crește însă și responsabilitatea chirurgului plastician, care, înaintea intervenției chirurgicale, este obligat să efectueze un examen atent al pacientului atît fizic, cît și psihic. Și medicul, și pacientul, trebuie să aibă în vedere că orice operație reprezintă o reparație, iar rezultatul ei depinde nu numai de talentul, priceperea și experiența chirurgului, ci, în egală măsură, și de reactivitatea organismului, de felul în care se face consolidarea osoasă sau cicatrizarea — într-un cuvînt, orice operație comportă și un coeficient de risc. De aceea, este bine să reținem că indicația operatorie nu trebuie să se facă cu ușurință, pentru corectarea unor dismorfii minore sau, poate, imaginare.

dr. **Dan Firică**

APA și cosmetica

Apa este indispensabilă vieții, avînd un rol extrem de important pentru țesuturi și, în consecință, pentru menținerea sănătății și frumuseții.

Organismul este alcătuit, după cum este cunoscut, dintr-un mare procent de apă. Astfel, corpul sugarului conține aproximativ 80% apă, iar cel al unei persoane mai în vîrstă în jur de 70%. Lipsa apei din organism poate să producă perturbări severe ale funcțiilor acestuia, datorită faptului că ea constituie mediul general în care se desfășoară schimburile metabolice vitale.

Aceste funcții sînt bine reglate, ca și cum ar fi dirijate de un ordinator. Dealtfel, se știe că cibernetica, în temeiul căreia au putut fi construite ordinatoarele, s-a inspirat din sistemele de autoreglare ale organismului uman. De exemplu, absorbția băuturilor în exces sau consumarea unei cantități însemnate de fructe conduce la eliminarea imediată a surplusului de apă și, potrivit aceluiași sistem de comandă, se elimină sau se reține sărurile minerale indispensabile metabolismului.

Cînd acest sistem funcționează bine, toate pierderile necorespunzătoare de apă și de săruri minerale se normalizează, prin faptul că organismul secretă hormoni antidiuretici, care contribuie la restabilirea echilibrului. În cazul în care acest echilibru este perturbat, se produce o retenție de apă, organismul crește în volum și în greutate, chiar dacă alimentația zilnică rămîne cea obișnuită.

Cura de slăbire, fără sare, aplicată fără recomandare medicală, poate duce adesea la perturbarea echilibrului organic. De asemenea, prin folosirea prelungită a laxativelor și a diureticelor, se ajunge la eliminare de apă sau săruri minerale utile.

În scop cosmetic, apa este mult folosită. În general, cea de la robinet este dură, calcaroasă, înăspreşte pielea și de aceea este necesară hidratarea ei. Apa calcaroasă, în contact cu săpunul, formează o emulsie care curăță pielea (mai ales dacă este caldă), dar stratul protector de sebum este îndepărtat prea drastic, iar regenerarea celulelor, care se face într-un anumit ritm, neputîndu-se realiza în timp util, provoacă uscarea, înroșirea și asprirea pielii.

Acest fenomen se constată în special la mîini, pe care le spălăm foarte des. Ce putem face pentru a îndepărta aceste neajunsuri? În primul rînd se cere atenție la alegerea săpunului. De regulă se recomandă un săpun emolient, iar dacă pielea este extrem de uscată, un săpun cu adaos de grăsimi, lanolină. După fiecare spălat, mîinile vor fi unse cu o cremă sau o emulsie specială.

Pentru baie, apa dură poate fi înmuiată cu adaos de amidon, borax, tărîțe sau diverse spume speciale. Imediat după baie pielea se va unge cu o cremă sau un lapte pentru a compensa distrugerea sebumului de pe suprafața pielii, știut fiind că pentru refacerea acestuia sînt necesare cîteva ore.

Pielea obrazului este și mai fragilă. Și deși spălarea cu apă este indicată, ea nu curăță suficient, neputînd antrena impuritățile, solubile numai în grăsimi.

În primul rînd, este necesar să distingem o piele uscată din lipsă de sebum de una uscată din lipsă de apă, tratamentele fiind diferite. Totodată, nu trebuie omis faptul că și o piele grasă poate suferi de deshidratare.

Stratul de sebum joacă un rol deosebit de important pentru piele, deoarece o protejează împotriva microbilor, prafului, vîntului, frigului, împiedicînd totodată evacuarea apei de care are atîta nevoie. Or, dacă se distruge această protecție, pielea rămîne fără apărare și riscă să piardă, prin evaporare, apa care îi asigură netezirea, suplețea și elasticitatea. De aceea, pielea uscată trebuie ajutată să-și regăsească echilibrul, acordîndu-i-se o protecție asemănătoare celei create de sebum, prin aplicarea unei creme care să formeze la suprafață o peliculă, fără a pătrunde în piele. Aceste creme protectoare ajută la păstrarea cantității necesare de apă în țesuturi. Stratul de cremă nu va fi prea gros.

Este bine de știut că fardurile, deși pătrund în piele, ele nu o protejează, nu împiedică pierderea apei prin evaporare, fenomen ce survine din cauza influenței soarelui puternic, a vîntului și, mai ales, a aerului uscat din apartamente. Pentru hidratarea pielii, recurgem la produse hidratante, care asigură celulelor, sub o formă asimilabilă, apa de care au nevoie.

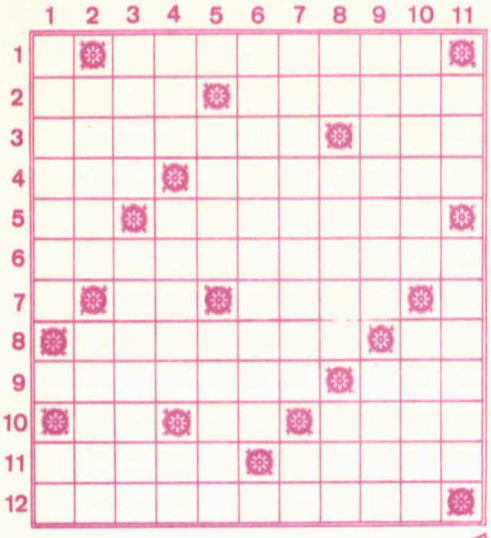
Dar nu totdeauna tratamentele hidratante dau rezultate satisfăcătoare. De aceea, este mai indicat să împiedicăm pierderea apei prin tratamente preventive, protecție prin creme, comprese emoliente sau măști.

Pentru a ne păstra frumusețea și, în primul rînd, tinerețea obrazului nostru, se impun, așadar, o serie de măsuri, dintre care cele legate de hidratarea pielii au o deosebită importanță.

Ludmila Cosmovici

Rg 41

CARIA DENTARĂ



ORIZONTAL: 1) Brațul de rezistență al dintelui, care poate fi vătămat ulterior, în urma unei carii netratate. 2) «Picăturile de rădăcină de cleşte» şi «căldurile cu magnetism de jamaică» pentru măseaua vătămată a Catindatului! — A nu se prezenta la medicul stomatolog în faza de debut a cariilor (fig.). 3. Aliaj format din mercur şi unul sau mai multe metale, folosit pentru obturarea cariilor dentare — Abreviere pentru lichid cefalorahidian. 4) Una din «specialitățile» frizeriei model a lui Nae Girimea — Amalgam. 5) Mestecai! — Operația de confecționare a coroanelor de înveliş din cape prefabricate. 6) După majoritatea autorilor, ar fi factorul cariogen cel mai important, datorită folosirii abuzive a băuturilor, a produselor făinoase, a derivatelor zaharoase (caramele, ciocolată, halva, biscuiți, nuga) şi a derivatelor carnate (pl.). 7) Ține! — Bucată ruptă (reg.). 8) Procese inflamatoare, care se produc de obicei ca o complicație a cariilor dentare de gradul al III-lea — Siestel 9) Țesutul calcificat care formează masa principală a dintelui, interesat în caria de gradul al II-lea — Pentru injecții. 10) Parte a dintelui! — Salutare — Zeu egiptean al soarelui. 11) Cea mai frecventă afecțiune din lumea contemporană civilizată, care distruge dintele progresiv, de la periferie spre camera pulpară şi deschide calea de infecție prin vase sanguine în tot organismul, putînd determina astfel o serie de complicații locale şi generale, dintre care cele mai grave sînt bolile cardiovasculare, renale, hepatice şi reumatismul articular — A curăța dinții cu peria şi pastă. 12) Adăugarea sărurilor de fluor în apa de băut, în sare, lapte şi pasta de dinți, pentru profilaxia cariilor dentare (pl.).

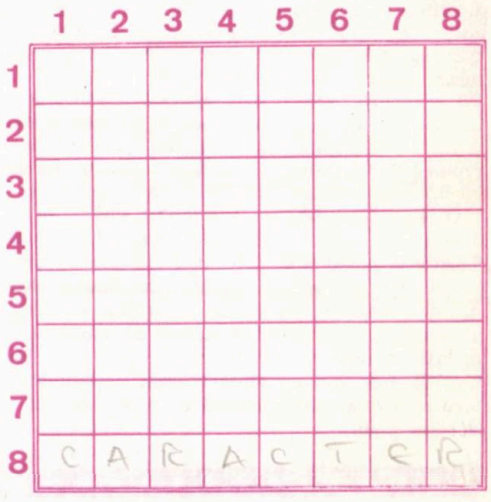
VERTICAL: 1) Cum trebuie să fii la apariția unei carii dentare — Căile ferate (abr.). 2) Smalț — Fapt pedepsit de lege. 3) Insulă în Indonezia — Înăuntru. 4) Un fel de vendetă la arabi — Învelişul exterior al coroanei dentare, care reprezintă substanța cea mai dură a organismului, primul afectat în cariile de gradul I şi II — Zece. 5) Orăşel în Suedia (Skaraborg) — Condiment. 6) Smaltul dentar, care devine rezistent la carie prin aplicarea metodei fluorizării (numai la copii). 7) Complicație a gangrenei pulpare — Scuze! 8) În silă! — Modul cum se prezintă dantura, sănătatea etc. — Se fluorizează în proporție de 1 la 1 000 000. 9) Înălțată — Chinuitor, dureros (fig.). 10) Pustnici — Aici se aplică, cu bune rezultate pentru profilaxia cariei, fluorizarea apei de băut. 11) Forma maxilarelor — Acțiune de menținere în stare de echilibru fiziologic normal a cavității bucale, prin practicarea măsurilor profilactice ca: spălarea dinților, cu peria şi pasta de dinți, îndepărtarea tartrului dentar etc.

PATRAT

Orizontal şi vertical

1) În legătură cu stomacul (pl.).
2) Nodulul sinoatrial pentru inimă, ca centru generator de impulsuri.
3) Manifestări ale nou-născutului.
4) Insulă în arhipelagul Antilelor Mici.
5) Formule alimentare prescrise de medic.
6) Transpirat, asudat (reg.).
7) Coş de nuiele (reg.).
8) Care se transmite prin cromozomi.

pagină de: dr. NICOLAE ANDREI



Cărți de vizită

Dr. Nerva Oiță

Dr.E. Onofrei

Dr. Ana Iov

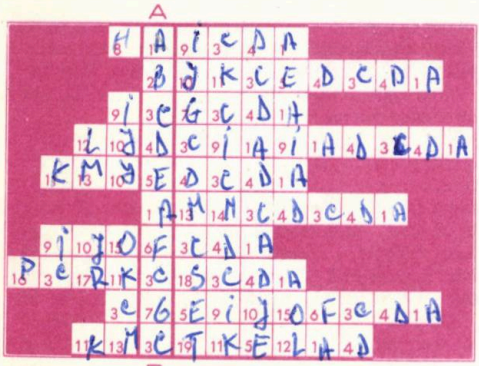
Aflați prin anagramare în ce stațiuni și localități balneoclimaterice au fost repartizați medicii de mai sus.

Mica Stelian

Emil Stănică

Aflați prin anagramare în ce stațiune balneoclimaterică se tratează cei doi.

ARITMOGRIF BIOCHIMIC



Înlocuind citrele prin litere, veți găsi pe **vertical,** între A și B, o cunoscută clasă de compuși organici bifuncționali, specifici materiei vii, din care menționăm pe **orizontal,** numai pe cei «esențiali», a căror prezență în alimentație este indispensabilă, deoarece metabolismul intermediar nu îi poate sintetiza.

pagină de:
dr. Nicolae Andrei

ABUZUL DE MEDICAMENTE

unul din „păcatele" omului modern!

Unii oameni consumă alimente în exces, fără să țină seama că-i pîndește obezitatea; beau pentru euforie, fără să se gîndească la urmări; obțin comod «luciditatea» și «eficacitatea» în activitatea depusă, înghițind stimulente medicamentoase; dorm bine, cu sau fără vise, apelînd la somnifere; caută să-și mai uite «grijile» cu ajutorul tranchilizantelor. Acestea sînt doar cîteva din «păcatele» omului modern...

De curînd, un medic mărturisea că are cîțiva pacienți care îl solicită zilnic, și fără să spună ce-i supără, fără să descrie simptoamele bolii pe care o acuză, scot din buzunar o listă minuțios întocmită, zicînd:

— Doctore, te rog să-mi dai tot ce scrie aici! Mai precis, am nevoie de: vitamina B_{12}, algocalmin, aspirină, fenacetină, piramidon, antinevralgice, codenal și... ceva antibiotice.

— Bine, bine, dar... ce te doare?

— Doctore, doctore, lasă asta! Nu-mi cunosc eu boala? Fără aceste medicamente nu mă pot face sănătos...

Și așa dialogul continuă. El ne sugerează într-un fel cauza multor «boli medicamentoase», a frecvenței situațiilor în care spitalele primesc oameni intoxicați cu medicamente. După unele statistici, în diferite spitale din lume, 5—10% din paturi și uneori chiar 15% sînt ocupate de astfel de bolnavi. Se vorbește tot mai mult de «polipragmazie» (consum abuziv de medicamente) și de efectele ei, de «maladia terapeutică» sau «maladia iatrogenă», cauzată de medicamentele administrate fără rost.

Am văzut, nu o dată, bolnavi cu erupții grave, hemoragice, apărute după consumul unor antibiotice (tetraciclină, cloramfenicol, penicilină), administrate după indicațiile unor persoane necompetente. Aceștia trebuie să știe că sănătatea nu se vinde în farmacii și deci nu trebuie căutată acolo decît în situațiile recomandate de medic; ei trebuie să știe că orice medicament, fiind un produs chimic, dacă este administrat în cantități mari și în doze repetate, devine nociv pentru organism.

O consecință gravă a polipragmaziei constă în sensibilizarea organismului la medicamentele luate prea des. Este un fapt bine cunoscut că, în aceste situații, se dezvoltă treptat în organism o stare de intoleranță, de alergie la medicamentul luat în mod exagerat. Cazuri grave apar mai ales la persoanele care abuzează de antibiotice. Astfel, tratamentul îndelungat cu **streptomicină** duce la lezarea perechii a VIII-a de nervi cranieni (nervul vestibulocohlear sau auditiv), dînd manifestări ototoxice, predominant vestibulare (amețeli, tulburări în mers și de echilibru, vîjîituri în urechi) și uneori cohleare, caracterizate prin scăderea acuității auditive, pînă la surditate ireversibilă. **Cloramfenicolul** administrat irațional poate duce la modificări sanguine, caracterizate prin scăderea numărului de globule roșii și albe. **Aureociclina** provoacă mai frecvent tulburări digestive, care pot merge pînă la colite grave.

Dar, în afară de efectul sensibilizant, fiecare medicament mai are și un efect secundar, toxic. Chiar și banala **aspirină,** care a intrat în uz încă din 1889, are un efect iritant asupra stomacului, provocînd mici hemoragii gastrice, care prin abuz se pot accentua. Profesorul francez Beauchant din Poitiers relata că, din cele 200 de hemoragii digestive tratate în clinica sa, 80 s-au datorat intoxicării cu aspirină.

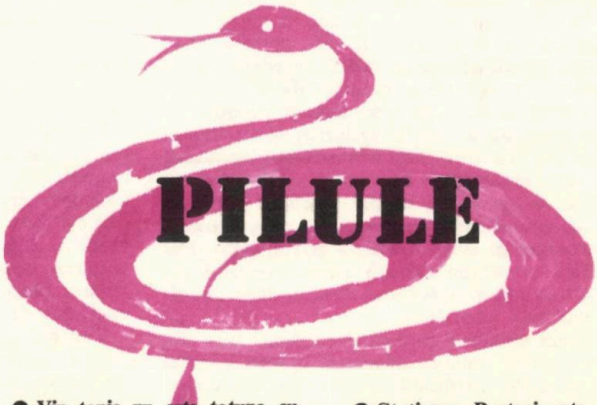
Aspirina, fiind un medicament care se eliberează fără prescripție, se consumă zilnic de milioane de oameni, în cantități considerabile: 20—30 de tone pe zi în S.U.A. (16—24 miliarde de comprimate pe an!) și peste 5 tone pe zi în Franța (4 miliarde de comprimate pe an!). Este lesne să ne închipuim ce s-ar întîmpla dacă alte medicamente mai nocive s-ar consuma în aceleași cantități.

Multe persoane înghit cu ușurință așa-zisele medicamente «banale» ca: piramidon, antinevralgic sau fenacetină, alindor etc., fără să știe că tratamentul prelungit cu aceste medicamente poate duce la modificarea tabloului sanguin, la micșorarea rezistenței fizice și psihice a organismului. Se cunosc astăzi multe medicamente care pot provoca, în unele cazuri, efecte toxice asupra ficatului (de exemplu, luminalul), asupra tubului digestiv, asupra rinichilor, sîngelui, sistemului nervos etc. **Fenacetina,**

de exemplu, care se consumă în 70% din cazuri fără avizul medicului și în cantități mari (în Franța peste un milion de comprimate pe lună!) poate cauza afecțiuni grave ale rinichilor. Exemplele sînt însă nenumărate și toate constituie veritabile semnale de alarmă pentru omul modern. Din păcate, acesta nu este încă perfect conștient de pericolul consumului abuziv de medicamente. Este suficient să ne gîndim la produsul Thalidomida, care a dus la grave malformații ale copiilor născuți de mame care au ingerat acest medicament în perioada graviditătii.

Și totuși, medicamentele au îmbunătățit mult arsenalul farmaceutic și posibilitățile terapeutice ale medicinii moderne, au contribuit la prelungirea vieții și la restaurarea sănătății în multe situații grele; ele au o misiune umană și socială pe care nimeni nu o contestă. Dar, medicamentul trebuie să-și păstreze locul cuvenit în terapeutică; folosirea lui rațională este un imperativ care se impune cu toată fermitatea. De aceea, medicamentele trebuie prescrise numai de medic și administrate cu prudență la indicațiile sau sub supravegherea acestuia. Adesea, recurgînd la o «terapeutică naturală» — un regim de viață echilibrat, o plimbare în aer curat, mai multă mișcare și activitate fizică — vom descoperi un «calmant» mai eficace decît un pumn de antinevralgice, un sedativ sau un somnifer. Așadar, să reflectăm!

dr. **Nicolae Andrei**
farm. **Răducanu Dumitru**



● **La bătrînețe, omul are o sănătate de fier ruginit.**

● **Probabil, ariciul este un animal în tratament continuu de acupunctură.**

● **Cînd avem guturai, putem strănuta în batistă, nu în mijloace de transport în comun. Acestea trebuie să transporte doar oameni, nu microbi.**

● **Sport în aer liber nu înseamnă a juca șah cu vecinul, pe balcon.**

● **Un pieton a trecut strada pe roșu. După aceea a trecut și soția lui, pe negru.**

● **Pentru sănătate, una este turismul și alta autoturismul.**

● **Iarna, te aperi de răceală, mergînd pe stradă îmbrăcat bine. Dar a fi îmbrăcat bine nu înseamnă după ultimul jurnal.**

● **Chiar proaspăt absolvent, dentistul își lasă pacienții cu gura căscată.**

● **Deși apa minerală are un preț mic, este totuși scumpă la vedere.**

● **Poartă ochelari cu lentile foarte mari, de cînd i s-a spus că are vederi prea înguste.**

● **A fost dus cu zăhărelul de prieteni, pînă a dat în diabet.**

● **Vin tonic nu este totuna cu «Grasă de Cotnar».**

● **În cazuri de abuz, cafeaua deși rîșnită macină sănătatea.**

● **De cînd i s-a interzis orice fel de tocătură, nu-i mai dă băiatului său nici un ban de buzunar.**

● **Omul calculat nu este acela care are calculi biliari sau renali.**

● **Un gripat se mira: «Sînt răcit, dar am fierbințeală»!**

● **Cel mai culant om este medicul. Tratează pe oricine vine la el.**

● **Comandă la restaurant litru după litru de vin, ca să bea cu măsură.**

● **Stațiunea Bușteni este indicată și celor care au acasă încălzire centrală.**

● **Medicii recomandă Carpații. Nu pe cei cu sau fără filtru.**

● **Din muzica simfonică, psihiatrii nu agrează numai «Sonatele».**

● **Se întreba un copil: «Periuța de dinți este și pentru măsele»?**

● **A citit de zece ori romanul «Fructele mîniei», deoarece i se recomandase cură de fructe.**

● **Cardiologul este un om care îți merge totdeauna la inimă.**

V.D. POPA

Produsele apicole și sănătatea

Industria farmaceutică, care a cunoscut în timpul din urmă o mare dezvoltare, a contribuit într-o măsură considerabilă la alinarea suferințelor, făcînd inexistente o serie de boli care altădată erau considerate incurabile. Și dacă prin strădania oamenilor de știință au rezultat medicamente care reprezintă o adevărată binefacere pentru întreaga omenire, totuși trebuie să avem în vedere că majoritatea medicamentelor, fiind produse chimice, nu sînt complet lipsite de toxicitate, mai ales atunci cînd sînt luate în cantități mai mari sau timp mai îndelungat.

Astfel că, după entuziasmul care a cuprins întreaga omenire în ultimele decenii, observîndu-se așa-zisele reacții adverse ale medicamentelor, astăzi se încearcă o revenire la natură, oamenii căutînd să-și tămăduiască bolile prin leacuri produse de marele laborator al naturii. Dealtfel, aceste leacuri naturale au constituit farmacia strămoșilor noștri, care, prin observațiile lor zilnice, transmise din generație în generație, asupra efectelor tămăduitoare ale anumitor produse naturale, au pus bazele farmacologiei de astăzi. Oamenii de știință caută să valorifice experiența folosirii acestor remedii naturale, trecîndu-le prin filtrul cunoștințelor științifice celor mai înaintate.

În afara plantelor medicinale, folosite încă din cele mai vechi timpuri, produsele apicole oferă și ele posibilități nebănuite în tămăduirea bolilor.

Cu mii de ani în urmă, oamenii au folosit mierea în alimentație. Cu timpul însă, ei au observat că pe lîngă proprietățile nutritive, ea are și calități vindecătoare în anumite boli. Așa se explică faptul că, în ultimii ani, oamenii de știință (medici, farmaciști, biologi, chimiști) au început să se ocupe de studierea efectelor produselor apicole în tratamentul anumitor boli.

Mierea este produsul principal al stupului, pe care albinele o realizează din nectarul cules de la flori și din mana secretată de anumite plante, prelucrate și transformate în tubul lor digestiv. Munca lor este imensă, dacă ne gîndim că din 3—4 kg de nectar rezultă abia 1 kg de miere.

Prin compoziția sa complexă (zaharuri, fermenți, vitamine, minerale, aminoacizi, arome, substanțe bactericide și hormoni), mierea constituie nu numai un aliment mai ușor de digerat decît zahărul, ci și un tonic pentru organism. Ca medicament, ea poate fi folosită în: tuse, insomnii, calmant al sistemului nervos, împotriva balonărilor și a digestiei grele, în spasme ale vezicii biliare, tulburări gastrointestinale, ca diuretic și antidiareic.

Polenul se prezintă sub formă de grăuncioare și este adunat de albine de la flori, pentru hrana lor și a puietului lor. Din 30—40 kg de polen pot fi crescute anual 150 000 de albine, deci el are o mare putere hrănitoare. Polenul are o structură complexă, conținînd: arome, apă, vitamine, zahăr, minerale, grăsimi, proteine și alte substanțe. Contribuie la întărirea organismului, redă pofta de mîncare, reglează funcțiile ficatului, ajută la digestie, combate bolile prostatei și este un bun sedativ pentru sistemul nervos. S-a constatat, în diverse țări din lume, că populația care a ajuns la vîrste înaintate (în jur de 100 de ani) consumă zilnic polen, fiind apicultori.

Păstura (pîinea albinelor) este formată din polenul florilor, depozitat de albine de obicei în fagurii negri, la care ele adaugă diverse substanțe proprii, mărindu-i calitățile nutritive. Păstura se consumă împreună cu fagurii și este indicată pentru întărirea organismului și a funcțiilor ficatului.

Lăptișorul de matcă este produs de albinele-doici pentru hrana larvelor de albine și a mătcilor. Este un produs superconcentrat, cu o structură complexă (proteine, grăsimi, zahăr, apă, vitamine, hormoni etc.). Se folosește cu mare succes în: surmenaj, convalescențe, tulburări de creștere, ca întăritor general, în neurastenii.

Propolisul este o substanță rășinoasă, aromată, recoltată de un anumit grup de albine lucrătoare din mugurii unor arbori. Conține substanțe minerale, vitamine, arome, balsamuri, substanțe bactericide etc. Este folosit în hemoragii (întărește și dilată vasele de sînge), scade tensiunea arterială, înlesnește urinarea, combate infecțiile locale, ajută la cicatrizarea plăgilor, este folosit cu bune rezultate în unele boli de piele și ca anestezic local.

Veninul de albine este un produs secretat direct de acestea, fiind folosit cu mare succes în reumatism. El acționează asupra articulațiilor bolnave, mobilizînd totodată mijloacele de apărare specifice ale organismului. Se folosește fie prin înțeparea directă de către albine a locului bolnav, fie prin injecții cu extras de venin, ionizări, aplicații locale sub formă de unguente pe bază de venin sau prin acupunctură.

Ceara este un produs secretat de anumite glande ale albinelor și conține: grăsimi, coloranți, vitamina A, substanțe bacteriostatice. Are proprietăți antiinflamatoare, cicatrizante, emoliente. Se folosește în tratamentul unor boli de piele, în răni infectate, ca plasture și în diverse creme și unguente.

Oamenii de știință din diferite țări ale lumii, printre care și România, au studiat efectul acestor produse apicole și rolul lor în vindecarea și ameliorarea unor boli. Sectorul medical de apiterapie din București a reușit să tipizeze o serie de medicamen-

te, în concentrații diferite, fie combinînd produsele apicole ca atare, fie asociind alte produse farmaceutice. Astfel, Vitadon (comprimate cu lăptișor de matcă liofilizat), Melcalcin (o combinație din miere, calciu și lăptișor de matcă), Polenapin (tablete din polen), Polenovital (tablete din polen și lăptișor de matcă), sînt doar cîteva din preparatele pe bază de produse de stup.

De un binemeritat renume se bucură și produsele cosmetice preparate, de asemenea, tot pe bază de produse apicole.

Deși aceste produse sînt practic lipsite de toxicitate, totuși folosirea lor se va face numai pe bază de prescripție medicală, deoarece numai medicul este acela care poate aprecia, în funcție de manifestările bolii, produsul cu cea mai mare eficacitate.

dr. **Corneliu Popovici**

medic primar O.R.L. — Sectorul medical de apiterapie al «Apimondiei»

O TERAPIE MEREU ACTUALĂ

plantele medicinale

Folosirea plantelor medicinale în scop terapeutic este cunoscută cu multe mii de ani în urmă. Astfel, sumerienii, popor care a trăit în vechiul ținut din sudul Mesopotamiei cu 6 000 de ani î.e.n., au descoperit efectele lor binefăcătoare. Mai tîrziu, babilonienii și asirienii le-au atribuit o deosebită importanță, găsindu-și alinarea suferințelor în multe din plantele pe care le foloseau zilnic drept hrană. Capitala lor, Ninive, constituie, dealtfel, o mărturie a prețuirii plantelor medicinale, deoarece, după cum se știe, localnicii și-au amenajat chiar o grădină unde cultivau asemenea plante.

Cît de mult au fost apreciate plantele medicinale în Egiptul antic, ne-a dovedit-o papirusul de Ebers (1550 î.e.n.), care descrie 200 de plante cu acțiune vindecătoare.

Medicina greacă a dezvăluit și ea «tainele» ascunse ale acestor plante. Astfel, Hipocrate, cel mai mare medic al antichității, descrie într-o lucrare a sa vestită nu mai puțin de 236 de asemenea plante. Mai tîrziu, romanii, inspirîndu-se de la greci, elaborează numeroase lucrări de medicină și farmacie, bazîndu-se pe efectele terapeutice ale plantelor medicinale.

Și la noi în țară — după cum atestă documentele — plantele medicinale se cunosc din timpuri îndepărtate: geto-dacii foloseau în tămăduirea bolilor și calmarea durerilor «buruieni de leac». Cu timpul însă, aceste plante n-au mai fost folosite numai pe baza tradiției, ci ele au fost studiate și cercetate științific, demonstrîndu-se practic eficiența lor terapeutică.

Dintre principalele plante medicinale, menționăm pe cele mai cunoscute și care se pot procura cu ușurință:

AFINUL plantă ale cărei fructe sînt bogate în tanin, zaharuri, vitaminele A și C, se folosește la prepararea ceaiurilor antidiareice. În infecțiile intestinale are proprietăți antiseptice, contribuind la ameliorarea proceselor de putrefacție și fermentație.

ANASONUL este o plantă care crește numai cultivată. Din fructele de anason se prepară un ceai recomandat ca expectorant în bronșite. La sugari și copiii mici, se folosește cu rezultate excelente în calmarea colicilor intestinale și stomacale.

ANGHINAREA este apreciată pentru efectele sale asupra bolilor de ficat și rinichi. Ceaiul din frunze de anghinare are proprietatea de a mări secreția biliară și diureza. De asemenea, are și o acțiune antidiabetică, diminuînd zahărul din sînge. Cu rezultate la fel de bune se folosește și în afecțiuni ale tubului digestiv (constipație, enterite, colite). Ceaiul de anghinare se bea dimineața, pe stomacul gol, recomandîndu-se bolnavului să stea culcat pe partea dreaptă aproximativ o jumătate de oră. În cursul zilei, se va bea cîte o ceașcă și înaintea meselor principale.

CĂTINA este folosită pentru fructele ei bogate în vitaminele C, B_1 și B_2, în acizi grași, inozitol și fitosteroli. Datorită compoziției sale, fructele de cătină sînt considerate o polivitamină naturală. De aceea, ceaiul din fructe de cătină se folosește în avitaminoze. Pentru aceleași proprietăți, fructele de cătină au multiple întrebuințări în alimentație.

CHIMENUL crește în mod natural în regiunea de munte sau poate fi chiar cultivat. Fructele, bogate în ulei volatil, au multiple întrebuințări atît medicale, cît și în alimentație. Infuzia de chimen calmează colicile, reglează funcțiile stomacului, ajută la eliminarea gazelor în caz de balonări și crește cantitatea de lapte la femeile care alăptează.

CIMBRIȘORUL poate să crească în flora spontană sau cultivat. Planta se folosește fără rădăcină, culeasă în timpul înfloririi. Ceaiul din cimbrișor are proprietăți expectorante și, de aceea, este folosit în tratarea tusei convulsive, bronșitei și tusei astmaticilor.

COADA ȘORICELULUI are proprietăți antiseptice asemănătoare cu cele ale mușețelului. Ceaiul de coada șoricelului se recomandă în afecțiuni ale stomacului și intestinelor (colite și gastrite), dar și în boli de ficat, calmînd spasmele din colicile hepatice.

FRAGUL este cunoscut pentru fructele sale dulci-acrișoare și plăcut parfumate, bogate în vitamina A și săruri minerale. Frunzele uscate, care conțin vitamina C, zahăr și substanțe minerale, se folosesc la prepararea unui ceai recomandat în tratamentul diareei, iar în bolile de rinichi, ca diuretic.

GUTUIUL are multiple întrebuințări. Fructele coapte ajută mult digestia. Sub formă de marmeladă, gem, jeleu, sirop, se întrebuințează cu bune rezultate în diaree și hemoroizi. Din sîmburii de gutui se prepară un ceai recomandat în calmarea tusei în bronșite. Frunzele, datorită proprietăților astringente, se folosesc, de asemenea, la prepararea ceaiului antidiareic.

IZMA se cultivă pe suprafețe întinse la noi în țară. Frunzele, plăcut mirositoare, conțin ulei volatil bogat în mentol și tanin. Infuzia din frunze ajută la calmarea durerilor de stomac și a spasmelor. Se recomandă în tratamentul diareei, pentru proprietățile sale astringente, antispasmodice și antiseptice.

MĂCEȘUL sau trandafirul sălbatic este apreciat pentru fructele sale bogate în vitaminele: A, B_1, B_2, P, K și acid nicotinic. În terapeutică, ele se folosesc ca tonic general, iar datorită vitaminei P, se menține permeabilitatea vaselor capilare, normalizînd circulația sîngelui. Ceaiul este recomandat în bolile căilor urinare și de rinichi, mărind cantitatea zilnică de urină.

MUȘEȚELUL este una din cele mai cunoscute și apreciate plante medicinale. Infuzia din flori de mușețel are proprietăți antispasmodice, anestezice, dezinfectante și antiinflamatoare. De aceea, se recomandă în toate afecțiunile stomacului și intestinelor. De asemenea, se folosește sub formă de clismă, cataplasme, băi, gargară, în conjunctivite, hemoroizi, arsuri.

MUȘTARUL NEGRU este o plantă de cultură. Semințele măcinate se folosesc pentru cataplasme, activînd circulația sîngelui și descongestionînd unele organe (plămînii). De aceea, se indică în bronșite,

pneumonii, angină pectorală. Cu rezultate bune, făina de muștar se mai folosește pentru băi (timp de 20—30 de minute) în tratarea reumatismului, nevralgiilor, răcelilor, inflamațiilor articulare etc.

PĂPĂDIA este folosită atît pentru frunze, cît și pentru rădăcină. Frunzele de păpădie sînt bogate în vitaminele A, B, C și D, în glucide și proteine. Ea constituie un medicament excelent în bolile caracterizate printr-un dezechilibru glandular. Ceaiul de păpădie este indicat în obezitate și în boli de ficat, crescînd secreția biliară; de asemenea, are și o acțiune diuretică, mărind cantitatea de urină în 24 de ore.

PĂTLAGINA este o plantă ale cărei frunze au proprietăți expectorante, emoliente, ușor astringente și hemostatice, datorită conținutului în vitamina K, mucilagii și tanin. Ceaiul se folosește cu succes la calmarea tusei, fluidifică secrețiile bronșice, ajutînd la eliminarea lor; are acțiuni cicatrizante în tratamentul ulcerului, precum și o acțiune antidiareică, datorită taninului pe care îl conține.

PELINUL se recomandă în aproape toate bolile aparatului digestiv, în lipsa de aciditate, în vărsături. Mărind secreția urinară, se utilizează în bolile care se manifestă prin reținerea apei în tesuturi.

SOCUL este folosit pentru florile sale. Ele au proprietatea de a provoca transpirație abundentă și, de aceea, ceaiul de soc se folosește în gripă, răceală, bronșită. Prin diureza pe care o produce, influențează guta, bolile de rinichi și vezică, precum și reumatismul.

SULFINA se întrebuințează sub formă de ceai în tulburări gastrointestinale și în bolile aparatului respirator. Ea determină dilatarea vaselor periferice, crește permeabilitatea și reglează tensiunea arterială. Mai nou, stimulează regenerarea celulelor hepatice, fiind folosită pentru aceasta și în bolile de ficat.

SUNĂTOAREA este o plantă ale cărei proprietăți terapeutice sînt îndeosebi cunoscute. Infuzia de sunătoare se folosește cu succes în colitele cronice, boli ale ficatului, fiind considerată un bun antiinflamator.

ȚINTAURA este o plantă folosită foarte mult de romani atît în bolile de ficat, cît și pentru vindecarea rănilor. Ea are multiple întrebuințări; astfel: mărește pofta de mîncare și regenerează sîngele, crește secreția biliară, motiv pentru care se recomandă în bolile de ficat; de asemenea, sub formă de băi se folosește în boli ale pielii.

●

Datorită proprietăților terapeutice lipsite de nocivitate ale plantelor medicinale, în prezent folosirea lor cunoaște o extindere tot mai largă. Cu toate acestea, ele nu pot fi folosite la întîmplare, ci numai pe baza indicațiilor, în funcție de afecțiunea respectivă.

Lucia Gheorghiu

SUCURILE NATURALE DIN FRUCTE, IZVOR DE SĂNĂTATE PENTRU ORGANISM

Sucurile naturale din fructe au o valoare deosebită, datorită conținutului lor bogat în vitamine și săruri minerale. Ele sînt indispensabile pentru buna desfășurare a proceselor biologice ale organismului, contribuind, în același timp, la menținerea și refacerea sănătății.

Vitaminele au rol de enzime (fermenți), substanțe care ajută diferitele reacții chimice care au loc în organism. Astfel, în calitate de enzime, vitaminele intervin în procesul de transformare a alimentelor în organism, favorizînd eliberarea energiei necesare pentru asigurarea funcțiilor esențiale. Lipsa vitaminelor sau insuficiența acestora provoacă tulburări în toate celulele și țesuturile.

Una dintre căile cele mai eficiente de folosire a vitaminelor din fructe este consumarea de sucuri naturale. Aceste sucuri reprezintă o sursă bogată de vitamine (C, P, PP etc.), săruri minerale (K, Ca, Mg, Fe, Na etc.) și glucide (zaharuri), ca și acizi organici (citric, tartric, malic).

Dintre vitamine, vitamina C este întîlnită mai frecvent și în cantități mai mari în fructe ca: măceșe, coacăze, căpșuni, fragi, lămîi, portocale, grepfruturi, mure, zmeură, mere, gutui etc. În general, vitamina C se află în cantitate mai mare în coaja fructelor. Vitamina C are rol în respirația celulară, menținînd elasticitatea capilarelor; lipsa ei duce la fragilitate capilară, provocînd diferite hemoragii ca, de exemplu: gingivită, epistaxis (hemoragie nazală), hemoragii retiniene (oculare), și chiar unele forme grave (hemoragii la nivelul plămînilor, stomacului, creierului). Datorită acestei calități, se recomandă în combaterea hemoragiilor. Vitamina C aduce însă un aport însemnat și în bolile infecțioase acute (în special gripă). Prin faptul că favorizează depunerea de glicogen în ficat, împiedică degenerarea grasă a acestuia, mărindu-i puterea antitoxică.

Nevoile de vitamină C cresc considerabil în timpul eforturilor fizice, în sarcină și alăptare. Lipsa acestei vitamine din organismul uman duce la boala numită scorbut, cunoscută încă din antichitate, ca avînd caracter de boală socială. Scorbutul era des întîlnit în diferitele războaie, printre asediați și asediatori, ca și printre navigatori. Această carență de vitamină C se manifesta prin hemoragii, la început mai mici (localizate la gingii și piele), dar care luau adesea proporții, devenind grave și chiar mortale. După descoperirea vitaminei C (vitamină denumită și antiscorbutică), scorbutul a descrescut ca boală, în mod considerabil.

Vitamina C fiind o vitamină hidrosolubilă, adică se dizolvă cu ușurință în apă, nu este indicat ca fructele să fie lăsate în apă mult timp; de asemenea, ținută în aer se oxidează.

Sucurile de fructe proaspete trebuie să fie consumate imediat, pentru a nu lăsa să se oxideze vitaminele și a se degrada prin procesul de fermentație.

Sucurile naturale conțin o importantă sursă de vitamină C. Prin tratarea materiei prime cu bioxid de sulf sau prin pasteurizare se conservă 50—100% din vitamina C aflată în fructul respectiv. Acest lucru se petrece în procesul industrial de conservare a fructelor, unde sucurile de fructe se pregătesc pentru a fi păstrate timp mai îndelungat.

Vitamina P este o altă vitamină, care se găsește în cantitate importantă în sucurile naturale de fructe, avînd un rol asemănător cu cel al vitaminei C. Este vitamina necesară funcției de permeabilitate și rezistență a vaselor capilare, într-un cuvînt ajută la păstrarea integrității pereților vaselor sanguine, protejîndu-i contra sîngerărilor.

Vitamina PP (numită și vitamină nicotinică) se cunoaște de aproximativ 100 de ani în urmă. Ea produce o dilatare a vaselor sanguine ale pielii, favorizînd prin aceasta funcția sistemului nervos central. Această vitamină mai are rol și în stimularea secreției gastrice, condiționează scăderea colesterolului din sînge și micșorează tensiunea arterială.

Sucurile din fructe proaspete constituie o băutură nutritivă și răcoritoare pentru organism. Valoarea energetică este în raport cu cantitatea de glucide (zaharuri) pe care le conțin fructele; în medie, ele au între 5—25% glucide. Deoarece fructele conțin atît glucide (zaharuri), cît și proteine, putem spune că aduc un aport de aproximativ 20—80 calorii la 100 g fructe. Sucurile de fructe proaspete se pot consuma ca atare sau cu adaos de zahăr, apă minerală, sifon sau frișcă. În acest caz valoarea nutritivă crește, mărindu-se numărul de calorii în funcție de alimentul adăugat.

Fructele fiind bogate în potasiu (50—200 mg%) sînt puternic alcalinizante, contribuind la menținerea echilibrului acido-bazic. El este necesar în contracțiile musculare ale inimii și menține tonusul intestinal. Alimentația zilnică trebuie să conțină 3—4 g potasiu, cantitate necesară pentru a acoperi nevoile organismului.

Dintre sărurile minerale, fructele mai conțin și mult apreciatul calciu, care se găsește, în special, în zmeură, mure, căpșuni, fragi, lămîi, struguri, vișine etc. Rolul său este deosebit de important pentru organism, deoarece intră în alcătuirea țesutului osos. Cantitatea necesară pentru un adult este de 0,8—1 g pe zi.

Sucurile naturale din fructe mai prezintă avantajul că zaharurile din ele sînt mai ușor absorbite și asimilate decît zahărul din dulciurile concentrate (gem, dulceață, prăjituri, bomboane etc.). Ele împreună cu sărurile minerale alcalinizante sînt indicate în eforturi musculare mari. De asemenea, fiind sărace în sare și bogate în potasiu și zaharuri, stimulează diureza, mărind eliminarea de sodiu, uree și acid uric, cu efecte favorabile în afecțiunile renale și cardiace.

Sucurile din fructe mai pot fi folosite și pentru efectul lor răcoritor, pentru gustul și aroma lor plăcută, pentru înlocuirea apei din organism, mai ales în timpul sezonului cald, cînd se pierde apă mai multă prin transpirație.

Ileana Șerbănescu

asistentă principală de nutriție și dietetică

****

Știați, despre cafea, că...

... a fost descoperită de un păstor abisinian, care a ars fructul și l-a mîncat, dîndu-i insomnie?

... soldații etiopieni au dus-o de-a lungul Mării Roșii, la cetățile sacre din Islam (Mecca și Medina)?

... pelerinii musulmani au readus-o la locul de origine?

... turcii au adus-o în Europa prin secolul al XVII-lea?

... un tînăr portughez (Francisco Melo Palheta) a dus cafeaua în Brazilia, unde s-a descoperit clima și pămîntul ideal?

... în 1907, din producția mondială de cafea, Brazilia ocupa primul loc, furnizînd 97%?

... conține cafeină, substanță care excită secreția gastrică și are acțiune stimulentă și diuretică?

... în cafeaua prăjită se găsește în mare măsură vitamina B_1 și B_2?

... valoarea calorică este de aproximativ 250 de calorii la 100 g cafea prăjită?

... valoarea nutritivă o formează proteinele, lipidele, glucidele, mineralele și vitaminele pe care le conține, precum și eventualele adaosuri în cursul pregătirii ei, ca: zahăr, lapte, frișcă, coniac?

... folosirea în exces poate provoca intoxicația cronică numită cafeism și manifestată prin: insomnie, instabilitate, tremurături, inapetență, slăbire?

... J.S. Bach (marele compozitor german), din simpatie pentru această băutură, a compus o cantată a cafelei?

... există în Milano un muzeu al cafelei?

ILEANA ȘERBĂNESCU

Asistent principal de nutriție și dietetică

LUXAȚIA CONGENITALĂ A ȘOLDULUI

Întîlnită mult mai frecvent la fete decît la băieți (în proporție de 7 la 1), luxația congenitală a șoldului constituie o «predispoziție» pentru 3‰ din copiii care se nasc. Spunem «predispoziție», deoarece la naștere nu există o luxație propriu-zisă, înțelegînd prin luxație ieșirea capului femural din articulația oaselor bazinului, în care, în mod normal, este menținut de ligamente și mușchi. Spre deosebire de luxația traumatică, care se produce în mod accidental la o articulație normal dezvoltată, luxația congenitală se datorește unei insuficiente dezvoltări a articulației șoldului. Deplasarea capului femural în aceste cazuri se produce în mod treptat, odată cu primii pași ai copilului. Pe măsură ce copilul continuă să umble, deplasarea devine tot mai pronunțată, ajungînd chiar ca osul femural să iasă complet din articulație.

Copilul cu luxație congenitală are un mers șchiopătat, dacă luxația este numai la un șold, și un mers legănat, ca de rață, dacă luxația interesează ambele șolduri. Dealtfel, el începe să umble ceva mai tîrziu, iar mersul său nu este dureros, spre deosebire de luxația traumatică, în care caz micul bolnav are dureri foarte mari la mers, fiind uneori imobilizat la pat. Cu timpul însă, ajuns la vîrsta adultă, mersul defectuos este însoțit de dureri, transformînd bolnavul cu luxație congenitală a șoldului într-un adevărat infirm.

Menționăm faptul că, la unii copii, luxația congenitală a șoldului nu se realizează în forma ei completă, ci numai parțial, fiind vorba doar de o subluxație.

La fetițe, boala suferă o primă agravare la vîrsta pubertății, pentru ca mai tîrziu, prin căsătorie, datorită nașterilor și apoi la menopauză, infirmitatea să capete un aspect de o gravitate maximă.

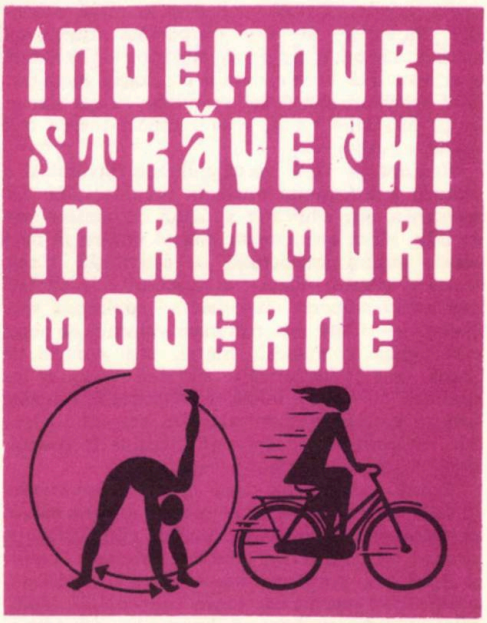
Desigur, în cele prezentate nu ne putem permite să insistăm asupra diverselor metode de tratament aplicate în luxația congenitală deja constituită. Important de reținut este faptul că tratamentul aplicat înainte ca copilul să înceapă să meargă este mult mai eficient decît dacă a fost aplicat după ce articulația respectivă a fost solicitată prin mers. Este nevoie, așadar, de o intensă acțiune de depistare a luxației congenitale imediat după nașterea copilului, în primele luni de viață. Acțiunea de depistare va fi făcută în maternitate sau în casa de nașteri, și va trebui continuată în tot cursul primului an. Depistarea din vreme a copiilor cu predispoziții la luxație congenitală poate fi făcută pe baza unor semne, unele dintre ele putînd fi observate chiar de către mama copilului. Astfel, putem constata că pliurile pe care le face pielea pe partea internă a coapselor nu sînt simetrice, la una din coapse existînd un singur pliu în loc de două, cum dealtfel este normal. Despicătura vulvară la fetițe nu este orientată drept înainte, ci spre coapsa cu predispoziție de luxație congenitală. Dacă se întind membrele inferioare ale copilului unul lîngă altul, acela care este predispus la luxație apare ceva mai scurt.

Un semn foarte important care se observă imediat după naştere şi care poate fi prezent pe întreaga perioadă a primelor trei luni de viaţă — dispărînd şi reapărînd — este aşazisul «semn al săriturii», care poate fi constatat numai de medic. Îndepărtînd copilului coapsele îndoite în unghi drept pe bazin, medicul simte ca o săritură care se produce la încheietura şoldului predispus la luxaţie congenitală, ca şi cum şoldul ar scăpa dintr-un resort, care l-a blocat în mod temporar. Săritura produsă de intrarea bruscă a capului femural în articulaţia sa este însoţită de un zgomot surd, înfundat. Pe baza acestui semn, se poate afirma că ne aflăm în faţa unei preluxaţii.

Marele avantaj al diagnosticului şi al tratamentului precoce este acela că, printr-un tratament simplu, uşor, şi de scurtă durată (aproximativ 3—4 luni), aceşti copii se pot vindeca fără urme.

dr. Iacob Câmpean
medic primar ortoped

— NU UITA! FĂRĂ DULCIURI, GRĂSIMI, FĂINOASE ETC.
— ÎNŢELEG, ALTFEL S-A ZIS CU NOI!...



Din cele mai îndepărtate timpuri, cultura fizică a avut un loc important în menţinerea capacităţii vitale a organismului, în călirea sa şi în tratamentul unor boli. Încă cu două milenii şi jumătate în urmă, Hipocrate — marele medic al antichităţii — care a trăit 104 ani, a susţinut că pentru păstrarea sănătăţii şi prelungirea vieţii «omul are nevoie de gimnastică chibzuită, aer proaspăt şi plimbări», iar filozoful Platon a considerat «că gimnastica este partea tămăduitoare a medicinii». Învăţatul Galenus, cel mai reputat medic al imperiului roman, a afirmat că el «a redat de mii şi mii de ori sănătatea bolnavilor săi cu ajutorul exerciţiilor fizice». Marele medic a prescris patricienilor obezi reţete constînd în «munci agricole»: să taie lemne, să coseasă iarbă, să transporte greutăţi şi să facă plimbări lungi... Aceste «medicamente» simple şi firești au contribuit la scăderea greutăţii lor corporale şi, în mod evident, au întărit sistemul lor cardiovascular, echilibrînd în acelaşi timp funcţiile tuturor organelor, ale sistemelor, într-un cuvînt mărind tonusul vital al întregului organism. Ansamblul tratamentelor amintite au determinat succesul inegalabil al lui Galenus, iar concepţia care stă la baza acestuia, «echilibrarea şi menţinerea sănătăţii organismului prin mişcare», constituie o valoroasă moştenire ştiinţifică ce parvine contemporaneităţii din timpuri de mult apuse.

De la vechi chinezi şi de la yogini indieni, de la greci şi de la romani, înalta preţuire a exerciţiilor fizice pentru dezvoltarea armonioasă a organismului, a intelectului, a frumuseţii trupeşti şi ca mijloc de preîntîmpinare a bolilor s-a perpetuat pînă în

zilele noastre. Şi dacă cu milenii în urmă exerciţiile musculare au fost considerate «duşmanul stărilor sclerotice, antidotul îmbătrînirii premature şi al invalidităţii», în condiţiile civilizaţiei moderne, cînd sedentarismul («răul veacului») cîştigă din ce în ce mai mult teren, acestea capătă mereu mai multă actualitate.

Nenumărate fapte atestă influenţa favorabilă a culturii fizice asupra vitalităţii organismului. De asemenea, este edificator şi faptul că oameni care au atins vîrste înaintate au ştiut să îmbine în mod fericit munca intelectuală cu activităţile fizice. Voltaire spunea: «Viaţa este mişcare». «Cu cît este mai activă mişcarea musculară — subliniază specialiştii — cu atît este mai mare volumul de sînge care ajunge în muşchi». Sîngele este pompat de inimă, ceea ce înseamnă că travaliul muscular intensifică activitatea inimii şi stimulează funcţiile tuturor sistemelor (cardiovascular, respirator, nervos, endocrin etc.), fapt care menţine şi restabileşte echilibrul întregului organism.

Aceste considerente stau la baza preocupării intense — pe plan mondial — pentru găsirea, alături de tradiţionalele forme de sport şi gimnastică, de ritmuri noi de mişcare, atractive, originale, simple şi accesibile, aşa încît, din varietatea modelelor, fiecare să-şi poată alege forma convenabilă condiţiilor sale. Se studiază, de asemenea, reluarea şi reactualizarea unor metode practicate mai de mult.

Un exerciţiu plăcut, simplu şi foarte util pentru întărirea membrelor inferioare şi a sistemului cardiovascular este alergatul pe loc, în faţa ferestrelor larg deschise (se recomandă a se ajunge treptat pînă la 80—90 de cadenţe pe minut; fiecare atingere a solului cu piciorul stîng se consideră o cadenţă). Efectul acestor mişcări se îmbunătăţeşte în mod considerabil, dacă le vom completa cu 10—15 genuflexiuni.

Un joc pentru «cei mici», reconfortant şi pentru «cei mai mari», este săritul cu coarda. Această formă de mişcare, legată de reminiscenţele plăcute ale distracţiilor din copilărie, seamănă cu înotul, punînd în mişcare simultan şi uniform întregul sistem muscular. Este excelent pentru îmbunătăţirea circulaţiei, favorizează supleţea articulaţiilor, contribuie la formarea îndemînării şi coordonării mişcărilor. Specialişti din diferite ţări studiază actualmente îndeaproape acest fel de mişcare, căutînd s-o îmbogăţească cu noi figuri.

Unul dintre izvoarele de sănătate, antidot al surmenajului nervos, îl constituie o plimbare în aer liber. Chiar şi dacă este de scurtă durată determină o creştere a metabolismului, înviorînd întreg organismul. Tocmai de aceea, specialiştii recomandă renunţarea la folosirea excesivă a vehiculelor şi «reînvăţarea» mersului pe jos. «Totul este însă să mergi cît poţi mai repede», insistă încă în 1785 Thomas Jefferson, cel de-al treilea preşedinte al Statelor Unite. Această idee a fost reluată şi accentuată mult în prezent.

O formă mai variată şi mai activă a mersului pe jos o constituie drumeţia. Mulţi poeţi vestiţi şi oameni de ştiinţă au fost pasionaţi de drumeţie, prilejuind adesea, prin opera lor, cunoaşterea frumuseţilor lumii. Vestita călătorie a lui Goethe în Italia nu este altceva decît descrierea unei drumeţii. Dar plimbarea prin parcuri, munţi şi păduri nu este numai un mijloc de însănătoşire fizică; contactul intim cu pitorescul naturii contribuie, în egală măsură, şi la restabilirea echilibrului psihic al omului.

În era zgîrie-norilor, cînd ascensoarele au înlocuit o parte importantă din efortul muscular al omului, apare concomitent şi o nouă posibilitate de compensare: «alpinismul» la domiciliu sau la locul de muncă. O cercetare ştiinţifică întreprinsă de Institutul pentru fiziologia muncii al Universităţii din Dortmund a pus în evidenţă, pe baza unui test efectuat pe 50 de subiecţi — dintre care jumătate au urcat zilnic 31 de etaje spre locul de muncă, jumătate au folosit ascensorul — utilitatea deosebită a acestui antrenament. După trei luni, în grupa «urcătorilor de trepte» a crescut sensibil capacitatea cardiovasculară, a sistemului respirator şi supleţea articulaţiilor, fapt care a determinat ca o mare parte din persoanele aparţinînd celeilalte grupe să urce etajele pe jos.

Evident, experienţa amintită, ca şi cele din alte centre ştiinţifice, demonstrează eficacitatea acestei forme de antrenament, care trebuie efectuată în mod gradat, ţinînd seama de condiţiile fizice ale fiecăruia.

Avantajele formelor de mişcare descrise este că ele pot fi practicate cu uşurinţă oriunde, oricînd şi de oricine, fără programare, fără preocupări sau cheltuieli speciale, în condiţiile vieţii cotidiene. Se recomandă — după caz şi posibilităţi — ca exerciţiile fizice să fie urmate de un duş, folosind, în special, apa rece. Aceasta înviorează, dă o stare de bună dispoziţie şi călesţe organismul. De asemenea, persoanele trecute de 40 de ani, care nu au practicat pînă la această vîrstă nici o formă de exerciţii fizice, să ceară opinia medicului.

Oricum, e bine să reţinem că exerciţiile fizice pot înlocui cu succes medicamentele, contribuind la menţinerea sănătăţii şi a capacităţii creatoare. Eforturile mici de început şi, în special, perseverenţa, vor fi răsplătite cu rezultate mari, preţioase, ce nu vor întîrzia să apară.

ŞARI PENCIU

mică antologie de epigrame străine

MALHERBE FRANÇOIS DE (1555—1628)
Medicul cel mai bun

Cel mai bun medic, după cum se spune,
E numai timpul, priceput la toate.
El dă remedii cam tîrzii, dar bune...
Cu cele mai depline rezultate.

ROUSSEAU JEAN-BAPTISTE (1671—1741)
Chefliul bolnav

Un beţivan notoriu, cu prostul lui năravi,
De a dormi prin şanţuri, prin parcuri, pe trotuare.
Se-mbolnăvi-ntr-o iarnă, ce-i drept, destul de grav,
Şi a chemat un doctor, să-l vindece, se pare.
— Găsesc că-s două cazuri, în boala ce-o aveţi:
O febră virulentă şi-o sete arzătoare.
Ca să vă scap de febră, se cere, cum vedeţi,
Să vindec mai-nainte, această sete mare.
Însă chefliul nostru, în leacuri nu se-ncurcă,
Pe medic îl combate cu foarte mult tupeu:
— Să-mi vindecaţi doar febra, că asta-mi dă de furcă,
Iar în privinţa setei, mă mai descurc şi eu!

BASSUS LOLLIUS (cca 4 î.e.n. — 65 e.n.)
Lui Hipocrate

— Cinstiţi pe Hipocrate că e un medic mare,
Alergă pe la case şi bate pe la porţi;
El a salvat poporul de boli îngrozitoare.
— De-aceea avem în Hades, atîtea mii de morţi?!

ANONIM
Lui Chirac, medic celebru

În faţa unui medic, şi-n dosul unei porţi,
X discuta de Lazăr, cel înviat din morţi:
— Pe dracu'! Lazăr ăsta cred că-i de mult ţărînă,
Cum sînt toţi pacienţii ce mi-au trecut prin mînă.

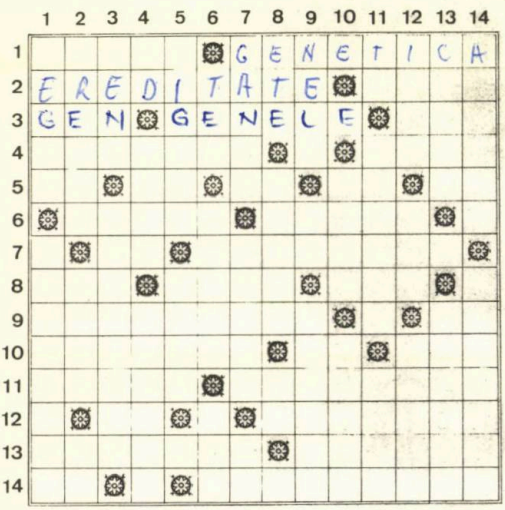
POETUL SCARRON PAUL A SUFERIT TOATĂ VIAŢA DE INSOMNIE (1610—1660)

Epitaf

Acest poet nefericit,
Cu mintea clară şi isteaţă,
Mulţi ani a suferit cumplit,
Pînă s-a săvîrşit din viaţă.
Vă rog ca să vorbiţi în şoapte
La groapa unde-a fost adus,
Că asta este prima noapte
Cînd bietul Scarron doarme dus.

Traducere de
Gabriel Teodorescu

GENETICĂ



ORIZONTAL: 1) Genetician francez, care a propus, împreună cu François Jacob, conceptul de acid ribonucleic mesager și de operon (Premiul Nobel, 1965) — Știința care cercetează regulile și mecanismele care asigură stabilitatea caracterelor de-a lungul generațiilor, precum și variabilitatea lor. 2) Proprietatea viețuitoarelor de a transmite caracterele morfologice și fiziologice generațiilor viitoare, progenii fiind copiile parentalilor din care au provenit — Populație de indivizi, provenită dintr-o singură individualitate. 3) Diferențiere biopsihică a indivizilor unei specii, determinată de prezența cromozomilor X și Y — Nume dat de Gregor Mendel unităților discrete prin care sînt transmise însușirile ereditare (în 1866) (sing.) — Principalul constituent al materiei vii, mediul general în care au loc schimburile metabolice vitale (pl.). 4) Cromozomii sexuali X și Y, diferiți din punct de vedere genetic — Care se află la început. 5) Jele! — Un fel de alifie — Parte! — Onomatopee — Bluze. 6) Element care există în mici cantități în toate organismele (pop.) — Genă plasată în același loc pe cromozom, afectînd același caracter sau funcție a organismului. 7) Cuier! — Gen de disociere în molecula de ADN, cu ajutorul unui agent fizic sau chimic. 8) Universitatea populară București (abr. uz.) — Oraș în România — Acidul dezoxiribonucleic sau timonucleic, component specific al nucleului celular, considerat ca purtătorul informației genetice, fiind materialul genetic însuși (abr.). 9) Corp filiform, cu sediul în nucleul celular, care constituie suportul caracterelor ereditare ale organismelor vii (pl.) — Începutul mutației! 10) Enzima cozii fagului, cu 156 de aminoacizi în constituție, care facilitează invazia celulei bacteriene de către particula fagică — Cuore! — Interjecție de dispreț. 11) Oraș în Portugalia — Mod de transformare (la bacterii) prin transferarea unei regiuni genetice formată din mai multe gene ligaturate. 12) Mesaj genetic (abr.) — Au jefuit Roma în 410 (sing.). 13) În genetică, punctul de contact între două cromatide ale tetradei din faza de diplonem a diviziunii meiotice primare, regiune în care are loc un schimb reciproc de segmente complementare între cele două cromatide — Triplete de nucleotide în ADN și respectiv în ARN mesager, care codifică anumiți aminoacizi. 14) Uite! — Acea parte dintr-o populație de indivizi definită în succesiunea ereditară de o grupare parentală de individualități și eventual de o grupare progenă de individualități (pl.).

VERTICAL: 1) În genetică, întreaga cantitate de informație înmagazinată în moleculele de ADN sau în cele de ARNm, alcătuită din unități de cod — Acizi care constituie baza chimică a funcționalității aparatului genetic în exercitarea funcțiilor de ereditate, variabilitate și determinism al caracterelor organismelor. 2) Localitate în S.U.A. (Nebraska) — Sufix medical indicînd «lipsa» — Rîset. 3) Cunoscut scriitor danez — Entități fizico-chimice și biologice, constituente ale celulelor, de formă granulară, libere în citoplasmă sau atașate de formațiuni membranoase intracitoplasmatice, formate din ARN și proteine în părți egale, cu rol important în biosinteza proteinelor. 4) Cod neînceput! — Mijloc de informare — Biolog american, care a descoperit rolul mecanismului cromozomial de transmitere ereditară și mecanismul determinării sexului (Premiul Nobel, 1933). 5) Cu un anumit defect congenital sau dobîndit — Tabacheră (tr.). 6) Cu nisam! — ADN și ARN — Electromiogramă (abr.). 7) Ghicit (mold.) — Formează moleculele — A! 8) Compozitor german (1788—1847) — Biochimist și genetician american, care a descoperit mutația biochimică și fenomenul de recombinație genetică (Premiul Nobel, 1958) — Nord-vest. 9) Un rebut genetic (fig.) — Din alele! — Referitoare la anumiți atomi. 10) Unitate ereditară, care se găsește în cromozom sau în organitele citoplasmatice, alcătuită dintr-un segment din molecula de ADN, avînd o funcție biochimică unitară și un efect specific asupra caracterelor organismului — Strat de flori sau legume în grădini. 11) Pecete! — Citolog american de origine română, căruia i s-a decernat premiul Nobel pentru medicină pe anul 1974, pentru cercetări în legătură cu morfologia fină a celulei și mai ales pentru descoperirea ribozomilor, granule care îi poartă numele — Diminutiv feminin. 12) Hazliu — Acidul ribonucleic, cu un rol esențial în transmiterea informației genetice necesare sintezei proteinelor specifice, care este prezent în citoplasma tuturor celulelor (abr.) — Celulă diploidă rezultată din unirea a doi gameți haploizi. 13) Se pot naște cu anumite malformații din cauza unor aberații cromozomiale — Subunități minime de mutație, alcătuite din cîte o pereche de nucleotide din structura bicatenară. 14) Stare patologică la nivelul elementelor figurate ale sîngelui, cum este boala genetică numită cloroză — Fenomene prin care unele gene plasate în anumite locuri pe cromozom se transformă în alele, sub influența radiațiilor și a unor substanțe chimice, de unde variații genotipice în organisme, care influențează evoluția viețuitoarelor.

dr. **Nicolae Andrei**

Ce este HEMATURIA?

Prin hematurie se înțelege urinarea cu sînge. Prezența sîngelui în urină este de obicei ușor de recunoscut chiar de către bolnavi.

Urina normală este limpede, de culoare galbenă, mai intensă sau mai palidă, în funcție de cantitatea de lichide consumate, care modifică concentrația sărurilor și pigmenților urinari.

În hematurie, urina capătă un aspect caracteristic, devine tulbure și de culoare roșie, datorită sîngelui pe care-l conține. În funcție de intensitatea hemoragiei urinare este și colorația urinei. Astfel, într-o hemoragie mare bolnavul elimină sînge roșu cu cheaguri; în hemoragiile mici modificările de culoare sînt neînsemnate, putînd trece neobservate de bolnav. În hemoragiile recente, culoarea urinei este de un roșu aprins, în timp ce în hemoragiile mai vechi capătă o tentă brună-maronie, prin alterarea globulelor roșii.

În formele ușoare de hematurii, adesea aspectul urinei este foarte puțin modificat, pentru punerea diagnosticului de certitudine fiind necesar examenul de laborator, care constă într-o serie de examene chimice, cu ajutorul cărora se poate pune în evidență sîngele din urină. Metoda cea mai bună este examinarea sedimentului urinar la microscop, cu care ocazie se constată globule roșii foarte net vizibile.

În afara hematuriei propriu-zise, care traduce o stare patologică, există și falsele hematurii, datorite unor substanțe medicamentoase sau alimentare ce pot da urinei o colorație roșie sau brună-închisă. Astfel, sfecla roșie, amidopirina, salicilatul, santonina, salolul, precum și unele sulfamide și laxative pot da urinei aspectul asemănător cu cel pe care-l dă sîngele.

Cauzele hematuriei sînt variate. Eliminarea de sînge prin urină indică totdeauna o suferință a aparatului urinar (rinichi, ureter, vezică urinară, prostată, uretră). Printre bolile responsabile de apariția sîngelui în urină menționăm: traumatismele (loviturile), inflamațiile, calculii și tumorile aparatului urinar. Dintre traumatisme, contuziile (loviturile) în lombe (șale) și fracturile de bazin produc hematuriile cele mai intense, care, prin pierderi mari de sînge, pot duce uneori la stări grave de șoc hemoragic. Tuberculoza renală și tumorile aparatului urinar pot debuta și ele de multe ori cu acest semn. Caracteristic în aceste boli este faptul că hematuriile sînt în cantități mici la început și pot să treacă neobservate și netratate. Prezentarea la medic la cel mai mic semn poate scuti pe bolnav de agravarea bolii. În litiazele (calculii) rinichiului și vezicii urinare, eliminarea de sînge este precedată sau însoțită de obicei de dureri mari (colici renale).

Bolnavii trebuie să știe că de multe ori hematuria poate fi semnul unic revelator al unor boli grave, cum ar fi tuberculoza sau cancerul rinichiului. De aceea, este necesar să ne adresăm medicului ori de cîte ori observăm modificări în aspectul urinei, aducînd totodată și o probă pentru examenul de laborator.

Tratamentul hematuriei diferă în funcție de afecțiunea care o cauzează, de aceea el va fi prescris numai de medic. Printre măsurile de tratament care pot fi utilizate de bolnavi, chiar înainte de a se prezenta la medic, au mare importanță evitarea eforturilor, repausul la pat și regimul alimentar, din care vor fi excluse băuturile alcoolice, condimentele, sarea etc.

dr. **M. Constantinescu**

OBOSEALA, ALCOOLUL ȘI SECURITATEA RUTIERĂ

Organismele naționale de securitate rutieră au arătat, prin studii statistice documentate, că riscul accidentelor rutiere este direct corelat de oboseala și de consumul de alcool în timpul traficului rutier de către conducătorii de automobil. Se admite astăzi pretutindeni că din totalul accidentelor rutiere imputabile conducătorilor auto, 7% din accidente sînt datorite unei cauze mecanice (pneuri, direcție,

suspensie etc.), 3% unor defecţiuni ale infrastructurii rutiere (drumuri degradate, polei, lucrări nesemnalate etc.) şi 90% sînt legate de un factor uman. **Factorul uman include** tulburările de comportament ale conducătorului auto (imprudenţă, plăcerea conducerii în mare viteză, nerespectarea reglementărilor rutiere, irascibilitate crescută), anumite stări patologice preexistente (bolile de inimă, tulburările de vedere, epilepsia, diabetul), modificările organice legate de ingestia de alcool, prînzuri copioase, medicamente tranchilizante, hipnotice sau sedative şi oboseala, consecinţă fie a excesului de muncă, fie a lipsei de somn şi odihnă.

Un mare număr din accidentele rutiere imputabile factorului uman sînt atribuite oboselii şi impregnării alcoolice şi par să aibă incidenţa cea mai crescută în accidentele de circulaţie, după viteza excesivă şi nerespectarea priorităţii. De aceea, ele rămîn mereu în actualitatea şi preocuparea tuturor celor care veghează la o bună şi constantă securitate rutieră.

OBOSEALA ŞI ACCIDENTELE ÎN TRAFICUL RUTIER

Excesul de muncă şi lipsa somnului duc la o formă particulară de oboseală nervoasă centrală, care afectează vigilenţa şi duce la somnolenţă, adică la diminuarea sau la dispariţia tuturor reflexelor. Studii realizate în multe laboratoare experimentale au precizat reacţiile organismului sub influenţa oboselii, plasînd un conducător auto în condiţii cît mai asemănătoare cu cele impuse de conducerea îndelungată a automobilului. Astfel, s-a putut urmări, prin monitorizare continuă cerebrală (electroencefalogramă), cardiacă (electrocardiogramă), musculară (electromiogramă) şi oculară (electrooculogramă), că oboseala duce la trei stări succesive, fiecare constituind un risc pentru securitatea rutieră şi anume: **diminuarea vigilenţei, somnolenţă, somn.**

Diminuarea vigilenţei şi somnolenţa duc la atenuarea rapidităţii reflexelor, la lentoarea răspunsurilor psihomotrice şi la imposibilitatea conducătorului auto de a se putea adapta situaţiilor imprevizibile. Ele duc inexorabil la somn, cu consecinţele sale tragice pentru traficul rutier. Semnele avertizoare principale, care preced somnul în timpul conducerii auto, sînt: senzaţia de mîncărime şi furnicături oculare, necesitatea continuă de a căsca, mici halucinaţii vizuale şi auditive. Ele sînt explicate prin cumularea simultană a efectelor celor trei tipuri de oboseală: musculară (provocată de postură), vizuală şi nervoasă.

Factorii care favorizează oboseala conducătorului auto şi-i diminuează atenţia sînt: temperatura din vehicul (care nu trebuie să fie nici prea ridicată, nici prea scăzută) şi emanaţia de bioxid de carbon (adesea provocată de motoare prost reglate).

Pentru evitarea oboselii şi a somnolenţei în timpul traficului rutier, conducătorii auto trebuie să ţină seama de o serie de recomandări:

— să facă o pauză sistematică de 5—10 minute la fiecare 200 km, mergînd puţin pe jos, pentru a înlătura oboseala musculară care precede şi favorizează pe cea nervoasă;

— să nu conducă mai mult de 4 ore fără a se opri;

— să evite băuturile alcoolice, hipnoticele şi tranchilizantele, ale căror efecte secundare favorizează somnolenţa;

— să consume cafea, cu moderaţie;

— să se alimenteze ponderat, dar suficient, de preferat din 4 în 4 ore, pentru refacerea energetică şi hidrică necesară;

— autovehiculul va fi aerisit în mod frecvent;

— prin lege se interzice conducerea autovehiculului mai mult de 12 ore din 24, respectînd obligatoriu repausul de 8 ore înainte de urcarea la volan a şoferilor de cursă lungă.

ALCOOLUL ŞI ACCIDENTELE ÎN TRAFICUL RUTIER

Riscul accidentelor rutiere creşte în proporţie directă cu valoarea alcoolemiei. Dacă concentraţia alcoolului în sînge depăşeşte 0,50 g‰, securitatea rutieră scade. Astfel, pentru o alcoolemie de 0,60 g, şansele de a provoca un accident sînt de două ori mai mari decît la individul cu alcoolemie zero, iar la o alcoolemie de 1,50 g, de 25 de ori mai mari. Gravitatea accidentelor rutiere este deci în strînsă dependenţă de cantitatea de alcool ingerată.

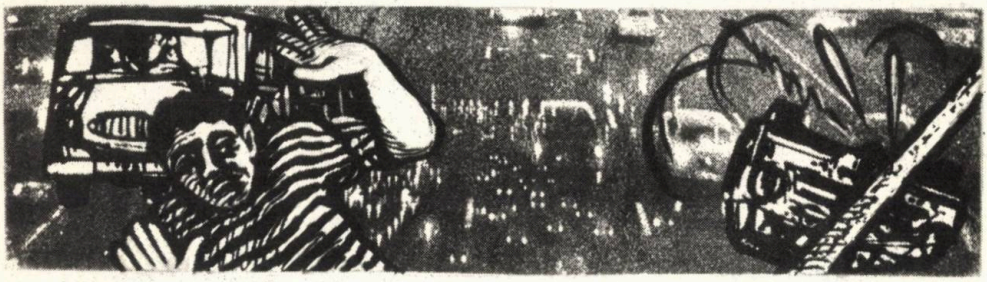
Deşi toleranţa individuală la alcool poate fi diferită, o concentraţie în sînge a alcoolului de peste 0,50 g‰ alterează funcţiile vizuale (vederea periferică, estimarea distanţelor), influenţează auzul (timpul de reacţie auditivă este diminuat), modifică viteza de execuţie şi atenţia, diminuă inhibiţia anxioasă şi frica, exaltînd tendinţa de a risca.

Pentru depistarea impregnării alcoolice, se folosesc două procedee: 1) **aprecierea clinică,** urmărind aspectul privirii, claritatea în vorbire, dezorientarea temporo-spaţială, şi mersul nesigur cu ochii închişi şi 2) **depistajul biologic,** care constă dintr-un test (alcooltest), metodă cu valoare incontestabilă pentru

decelarea impregnării alcoolice, dar care nu ne furnizează nici o indicație precisă asupra cifrei alcoolemiei. Numai prelevarea de sînge permite confirmarea și cifrarea exactă a valorii alcoolemiei.

Fiecare conducător auto este bine să știe că după o ingestie unică de alcool, valoarea alcoolemiei crește timp de 45 de minute, după care scade și dispare progresiv din sînge după un răstimp de 3 ore. La aceeași cantitate de alcool consumat în cursul mesei, curba alcoolemiei se ridică mai puțin decît dacă este consumat pe nemîncate. Dealtfel, orice cantitate de alcool (bere, vin, băuturi spirtoase) consumată înainte de conducere poate duce la valori ale alcoolemiei care depășesc normele de securitate.

Conducerea automobilului, mai ales în viteză, necesită, și nimeni nu ignoră acest lucru, o vigilență în orice moment, o atenție permanentă și mai ales o atenție selectivă la diversele semnalizări. Oboseala și alcoolul sînt factorii principali care contribuie la diminuarea acestor atribute.



dr. **Dinu Drăghici**

medic primar cardiolog, Spitalul clinic „Fundeni"

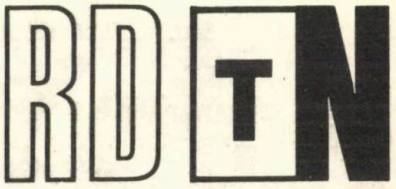
— MAI ZI, O DATĂ, CE PUI DUPĂ COADA ȘORICELULUI?

— ȘI DE CE SPUNEAI CĂ-L CONSIDERĂ TOȚI UNIC?
— PENTRU CĂ AR FI FOST SINGURUL DOCTOR CE N-A AVUT INIMĂ DE PIATRĂ!...

Probleme rebusiste

DUPĂ SOMNIFER...
(Biverb: 6, 4)

FACTOR DE RISC
(Biverb: 5, 7)

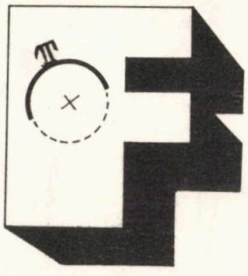


DIN PATOLOGIA SUGARILOR
(Biverb: 9, 5)

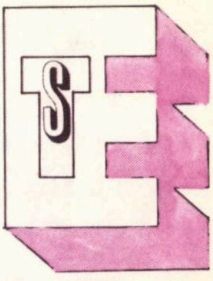
CADRE SANITARE
(Monoverb: 4, 9)

STOMATOLOGICĂ
(Tetraverb: 6, 8, 2, 6)

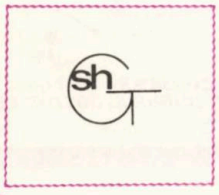
CARDIOLOGICĂ
(Monoverb: 4, 7)



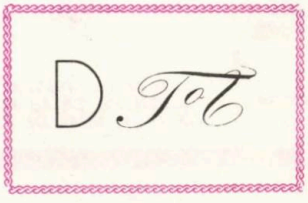
DIGESTIVĂ
(Monoverb: 7, 9)



ENDOCRINOLOGICĂ
(Monoverb: 5, 7)



DERMATOLOGICĂ
(Monoverb: 5, 11)



OBSTETRICALĂ
(Monoverb: 7, 9)

dr. **NICOLAE ANDREI**

Lupta împotriva poluării implică educație

Problemă importantă a contemporaneității, lupta împotriva poluării continuă să-i preocupe pe oamenii de știință din întreaga lume.

Iată **trei puncte de vedere, care reies din microinterviurile pe care au avut amabilitatea să ni le acorde:**

Acad. ȘTEFAN MILCU

— Am dori să ne relatați în ce măsură poate contribui ecologia la menținerea unui mediu de viață cît mai puțin afectat de efectele poluării?

— În domeniul luptei împotriva poluării, omul este factorul esențial, deoarece el a creat problema ecologică. Cu toate acestea, numeroase ecosisteme create de om sînt superioare celor naturale prin: amenajări, arhitectură, peisagistică, productivitate. Nu-i mai puțin adevărat și alarmant că totodată s-au produs și severe dereglări. În lumina acestor date, apar pe deplin justificate măsurile urgente propuse în conferințele internaționale de la Paris (1971 și 1973) și de la Stockholm (1972), precum și organizarea în țara noastră a Comitetului național pentru protecția mediului înconjurător de pe lîngă Consiliul de Miniștri, a Comisiei om-biosferă și a celei de combatere a poluării la nivelul Academiei Republicii Socialiste România. Toate aceste organisme au introdus în programele lor măsuri educative.

Ținem să menționăm, de asemenea, că în Republica Socialistă România a fost adoptată Legea Nr. 9/1973 privind protecția mediului înconjurător.

— De fapt, de cînd datează această idee?

— În 1971, în conferința consacrată programului om-biosferă (Paris, 1971), s-a dezbătut în comisii pe specialități și s-a introdus în programul de acțiune necesitatea educației ecologice. Ea prevede ca, prin educație, fiecare om să vadă în natură un prieten, utilizînd în mod judicios resursele naturale, evitîndu-se astfel degradarea și risipa. Conchidem, așadar, că noi înșine putem fi poluatori ai mediului înconjurător sau prietenii lui în măsura în care sîntem informați asupra pericolelor poluării în așa fel încît să ne comportăm ca apărători ai mediului nostru de viață, implicit ai sănătății.

Prof. dr. LEONARD SCHERLIS, Facultatea de medicină a Universității din Maryland, seful secției de cardiologie a Spitalului Universității din Baltimore.

— Cum priviți, prin prisma specialității dv., problema apărării mediului ambiant? Vedeți posibilități apropiate de înlăturare a unor surse de poluare?

— O primă posibilitate de luptă împotriva poluării ne este la îndemînă tuturor. Ea nu implică industria, ci numai educația. Renunțarea la fumat, de pildă, este pentru noi, cardiologii, o problemă de primă importanță, contribuind în bună măsură la profilaxia bolilor cardiace. Privesc fumatul ca o primejdie imediată pentru mediul ambiant; cel care fumează își dăunează nu numai sie însuși, dar și celor din jur. În multe spitale din S.U.A. căutăm să introducem separarea pacienților care fumează de cei care nu fumează. Fumatul are efecte defavorabile asupra ritmului cardiac, a oxigenării sîngelui. Fără a intra în amănunte, fumul din încăperi, cel degajat de automobile, aerul poluat de pe stradă constituie o povară greu de suportat de inima bolnavului care prezintă tulburări cardiace, cît și de cei nedepistați încă. Și nu este imposibil ca omul să înlăture această sursă de poluare, de care se face singur vinovat.

— Se vorbește tot mai mult în ultimii ani despre diverse forme de poluare informațională, de aglomerare în mediul nostru de viață a unor semnale și solicitări dăunătoare. Puteți face o legătură între zgomot, ritmuri accelerate, tensiuni cotidiene, conflicte ca elemente ale mediului și inima cu ritmurile ei atît de constante?

— O formă a încărcării inimii este stresul. În condițiile stresului, tensiunea crește, pulsul se accelerează, vasele sanguine mici suferă o constricție, temperatura epidermei scade, se modifică mărimea pupilelor, tonusul intestinal se schimbă; este vorba deci de o reacție generalizată a organismului ca răspuns la ceea ce se întîmplă în jur. Unii oameni trăiesc permanent într-o astfel de stare tensională. Dar cauza n-o constituie numai ceea ce se petrece în jurul nostru. Un grup de cercetători au diferențiat ca tipuri de personalitate tipul A și tipul B. Primii sînt, după observațiile acestuia, mai susceptibili la un atac de cord. Tipul A este cel agitat, agresiv, hărțuit, care vrea să realizeze mult, fiind confruntat permanent cu tendințe contradictorii, spre deosebire de tipul B, mai calm, mai placid.

În această clasificare, interesantă ni se pare încercarea de a se stabili riscurile cardiace prin

metode psihologice: chestionar, observarea mersului, a tonusului vocii, reacții specifice la anumite întrebări, pentru a se putea lua măsurile preventive ce se impun.

Acad. GEORGE C. COTZIAS, profesor de neurologie la Universitatea Cornell.

— După cum se știe, România, împreună cu alte cinci state, a făcut propunerea — care a fost acceptată — ca ziua de 5 iunie să fie declarată de către O.N.U. «Zi internațională a mediului înconjurător». V-am ruga să relatați cititorilor ceva din experiența dv. în ceea ce privește cercetarea problemelor actuale ale mediului înconjurător.

— Se crede că cel mai nociv agent al mediului este, în prezent, plumbul. Automobilele, prin arderea benzinei, eliberează în aer unii compuși ai plumbului. Concentrația este mai mare în tunele sau pe străzi înguste. Există însă o soluție a înlăturării acestei surse de poluare. Substitutul plumbului este manganul, care este însă mai puțin toxic. Recunosc că nu este atît de eficient în arderea benzinei, așa cum sînt compușii plumbului, că are și el gradul său de toxicitate, însă plumbul este considerat extrem de otrăvitor. Acesta este aspectul medical. Căile prin care otrăvim singuri mediul sînt multiple și complicate.

Pentru majoritatea substanțelor împrăștiate în mediu nu se cunosc exact limitele pînă la care poate tolera organismul și nici timpul după care se manifestă efectele lor negative. Deocamdată una dintre metodele principale de combatere a poluării o prezintă folosirea unor substanțe artificiale biodegradabile, care se descompun după un anumit timp pînă la substanțe «naturale». Și, în sfîrșit, o ieșire din impas foarte importantă o prezintă reciclarea materialelor, reintroducerea lor în circuitul industrial după folosire, păstrîndu-se astfel controlul asupra circulației lor în mediu.

Interviu realizat de
RADU CIMPONERIU

Dezlegarea problemelor rebusiste

GENETICĂ

Orizontal: Monod, genetică; ereditate, clon; sex, factor, ape; alozomi, m, prim; jl, ir, tt, ga, ii; aramă, alelă, e; n, ir, catenară; U.P.B., Titu, ADN, m; cromozomi, e, mu; lizozim, or, zut; Evora, înnădită; i, mg, e, vizigot; chiasmă, codoni; ia, n, generații.

CARIA DENTARĂ

Orizontal: A, rădăcină; leac, delăsa; amalgam, LCR; ras; amestec; mi, ștanțat; alimentații; t, na, țiră, g; pulpite, si; dentină, ace; nt, pa, Amon; carie, spăla; fluorizări.

FANTEZIE PUR MEDICALĂ

Orizontal: Hernii; i, Palade; o, a, rezeca; i, l, e, cranii; dat, h, i, l, o, u, g; teină, r, r, i; astmă, i, e; tract, n, etuvă.

De la 1 la 14: HIPERACIDITATE.

PĂTRAT: Gastrice, antrenor, strigăte, Trinidad, regimuri, înăduşit, cotăriță, ereditar.

ARITMOGRIF BIOCHIMIC

Orizontal: Valină, metionină, lizină, fenilalanină, treonină, arginină, leucină, histidină, izoleucină, triptofan.

De la A la B: AMINOACIZI.

Cărți de vizită: 1) Vatra Dornei. 2) Eforie Nord. 3) Năvodari. 4 și 5) Călimănești.

După somnifer: Doarme dusă (doar Medusa).
Factor de risc: Carii dentare (Ca R ii De; N T are).
Din patologia sugarilor: Dispepsii acute (D în pe P și I; A cu T e).
Cadre sanitare: Asistente (A și S tente).
Stomatologică: Dinții incisivi și canini (D întîi; în C în IV; în I ca N în I).
Cardiologică: Infarct (în F arc T).
Digestivă: Intestine (în T e S; T în E).
Endocrinologică: Cushing (cu S H în G).
Dermatologică: Depilatoare (De; pi lat O are).
Obstetricală: Eclampsie (e C la M; P și E).

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

Din CUPRINS

Editorial
File de calendar
Evocări
Medicina românească în medalii
Progrese recente în biologie
«Orologiile» organismului uman
Hormoni de zi și hormoni de noapte
Meteorosensibilitatea
Aspecte medico-sanitare în operele pictorilor sprijiniți de Carol Davila
Imn pentru «oștirea albă»
Actualități în patologia infecțioasă
Virozele respiratorii și complicațiile lor
Plămînii ne cer ajutor
Sănătatea, viața și microelementele
Durerea de cauză cardiacă
Cardiacul și unele aspecte ale regimului de viață
Explorarea radiologică — mijloc de investigație eficient
Stările de comportament și sistemul nervos central
Nevrozele
Somnul și insomnia
Necazurile copilăriei — bolile infectocontagioase
Copiii și accidentele
Readaptarea copilului handicapat fizic
Familia și dezvoltarea psihoafectivă a copilului
Mic «dicționar» medical
Cum prevenim bolile dinților temporari
Manifestări bucale în unele intoxicații profesionale
Reactualizarea unei vechi metode— implantul dentar
Migrena
Ficatul nostru... o microcentrală energetică
Ce trebuie să știm despre hepatitele cronice
Ficatul și alcoolul
Ce sînt diskineziile biliare?
Ulcerul gastroduodenal, cauze și mecanisme
Ce sînt pancreatitele?
Constipația
Ce știm despre cancerul gastric?
Regimul alimentar în bolile digestive
Știați, despre cafea, că...
Imunitatea și cancerul
Cromozomii și cancerul
Cancerul mamar poate fi vindecat?
O realizare a medicinii moderne — transplantul renal
Urticaria, boală dermatologică?
Falsele reumatisme
Repausul și mișcarea în bolile reumatice
Bolile infecțioase și sarcina
Regimul de viață și alimentație al gravidei
Tulburările de menopauză
Obezitatea — dușman al sănătății
Concepții despre avantajele alimentației vegetariene
Întrebări și răspunsuri
Homeopatia
Conjunctivită... sau conjunctivite?
Arsurile oculare
Mai constituie bolile venerice o problemă?
Rinoplastia — chirurgie estetică și funcțională
Cum să devenim frumoasc într-o jumătate de oră?
Apa și cosmetica
Abuzul de medicamente — unul din «păcatele» omului modern!
Produsele apicole și sănătatea
O terapie mereu actuală — plantele medicinale
Sucurile naturale din fructe — izvor de sănătate pentru organism
Luxația congenitală a șoldului
Îndemnuri străvechi în ritmuri moderne
Ce este hematuria?
Oboseala, alcoolul și securitatea rutieră
Schițe, glume, epigrame, caricaturi

Lei 13